

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU SCLÉROME
DE LA TRACHÉE AVEC REMARQUES SUR LA VALEUR
DE L'ETUDE SYSTÉMATIQUE
DE CETTE MALADIE EN GÉNÉRAL

Par **HERMANN von SCHROETTER.**

Docteur en Philosophie et en médecine, assistant émérite de clinique
• à Vienne (1).

Si dans ce travail, je m'attache à l'étude d'une localisation rare du sclérome, c'est parce que des observations poursuivies depuis plus de trois ans m'ont convaincu de la nécessité d'entreprendre des recherches étendues et comparées au sujet de cette maladie si particulière.

En dépit d'une série de travaux de grande valeur, le sclérome constitue pour ainsi dire un chapitre inconnu de la médecine générale ; seuls les dermatologistes et les laryngologistes lui ont consacré des études suffisantes, bien qu'il s'agisse d'une affection parasitaire très caractérisée au point de vue anatomo-pathologique, qui dans l'état actuel de la science mérite d'attirer l'attention, du moins dans certains Etats européens où elle est répandue comme en Russie, en Autriche-Hongrie, en Prusse, en Italie, tandis qu'on n'en rencontre que des cas isolés en Suisse, en France, en Suède, en Hollande, en Belgique, en Angleterre et en Turquie.

J'ai accepté avec d'autant plus de plaisir l'invitation que me fit le rédacteur en chef des *Annales* de publier mon mémoire, que le sclérome ne s'observe qu'exceptionnellement en France.

(1) Travail de la III^e clinique universitaire dirigée par le Prof. L. von SCHROETTER, à Vienne.

J'avais déjà relaté succinctement l'histoire de mon cas⁽¹⁾ mais je saisis l'occasion d'une observation plus complète pour tirer des conclusions sur la façon dont cette affection s'est développée.

OBSERVATION

Le 15 décembre 1897, se présente la nommée J. L., servante, âgée de 28 ans, née à Ober Limbach (Felső-Lendva) en Hongrie ; depuis l'âge de 19 ans, elle a séjourné dans divers endroits du Sud de la Styrie⁽²⁾.

A l'âge de 13 ans, la malade a été atteinte d'une affection inflammatoire imparfaitement définie de la face qui dura environ un mois et se manifesta sous la forme d'un gonflement douloureux avec coloration bleuâtre de la peau du dos du nez. A 20 ans, une faux lui tomba sur l'épaule droite, il fallut faire une suture et il en résulta une cicatrice d'environ 6 centimètres de long, adhérente au trapèze droit. Le début des accidents actuels remonte à l'été de 1896, époque à laquelle débutèrent une toux violente et un certain degré de gêne respiratoire. Ces symptômes se prolongèrent durant plusieurs mois avec des périodes de rémission assez longues, et au moment où la malade se rendit à Vienne en mars 1897, ils avaient complètement disparu. Elle accoucha à la clinique de von Braun et sa voix était si pure qu'on l'entendait fréquemment chanter. Toutefois, au bout de quelques mois, la toux reparut avec accompagnement de légers troubles respiratoires qui pourtant n'empêchèrent pas la malade de travailler à son métier de blanchisseuse. Vers la mi-juillet, ces symptômes s'accrochèrent et en automne la respiration devint de plus en plus pénible. Au cours des dernières semaines, la malade ne pouvait presque plus rien faire, elle s'enroua et la nuit elle était en proie à des accès de dyspnée et à de violentes quintes de toux. Son état s'aggravant, elle vint consulter à notre clinique.

Parents sains, pas de spécificité, menstruation régulière. La malade a un enfant, mais jamais elle n'a fait de fausses couches.

Elle raconte qu'un de ses frères a souffert entre 4 et 5 ans d'une

⁽¹⁾ H. von SCHROETTER. — Laryngologische Mittheilungen (*Monatsf. Ohrenh.* n° 10, 1898.)

⁽²⁾ Dans le travail cité, nous disions que la malade était originaire de la région de Cilli en Styrie. Cette erreur provenait d'une fausse indication de la malade qu'elle a rectifiée depuis.

dyspnée grave qui s'améliora dans le cours de l'année. Ce jeune homme, maintenant âgé de 29 ans, est journalier, mais lorsqu'il marche vite, il a de la peine à respirer et son entourage perçoit un bruit de cornage très net. La malade n'a jamais entendu dire qu'aucun autre membre de sa famille ait présenté des phénomènes analogues.

Nous raconterons brièvement les phases de son existence jusqu'à l'époque de sa venue à la clinique, nous réservant de revenir ultérieurement sur certains points.

J. L. passa son enfance dans son village auprès de ses parents, mais elle se rendit de bonne heure dans les environs chez des personnes de sa famille tout en continuant à revenir passer des mois et même une année entière au pays natal. A 16 ans, elle commence à entreprendre des excursions plus lointaines, elle passe quatre ans à Saint-Georges-en Styrie, puis demeure une année chez elle ; ensuite elle fait des séjours de plusieurs années et de plusieurs mois dans les villages de Sainte-Anne, Zelting, Radkersburg, Obrena, Weichselbaum, Diepersdorf, Mureck, où elle devint enceinte, puis elle résida à Marbourg, Leibnitz, Heiligenkreuz et Graz d'où elle partit pour Vienne. Elle commença par habiter le II^e arrondissement de cette ville, puis elle alla à la clinique d'accouchements et après sa délivrance elle se plaça dans deux maisons différentes du XIX^e arrondissement. Sa dernière maîtresse la conduisit à la clinique.

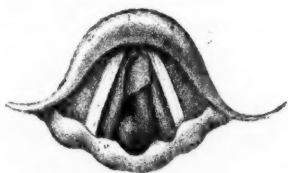


Fig. 1. — Aspect laryngoscopique du larynx et de la trachée.

Dans son pays natal, on parle hongrois, slovène et allemand ; elle s'exprime dans ces deux derniers idiomes. Quant à ses occupations, elle travaillait d'abord à la maison ; plus tard, chez des paysans, elle alla aux champs, garda les bestiaux et soigna les vaches, les chevaux et les porcs. Aux environs de Graz et dans la ville même, elle exerça le métier de blanchisseuse qu'elle continua à remplir à Vienne.

La malade, bien constituée et d'aspect robuste, se présenta avec des symptômes dyspnéiques très accentués, on perçoit un bruit strident quand elle inspire ou expire. Pouls 72, fréquence de la respiration 20 ; pendant l'inspiration, le larynx est attiré en arrière. Pas de tuméfaction des glandes lymphatiques, les veines du cou sont modérément distendues. Rien de pathologique à l'examen des organes internes, à l'exception de la respiration sténosée qui se prolonge du côté des poumons.

L'orifice laryngien n'est nullement modifié, il en est de même des deux cordes vocales qui sont d'un blanc immaculé, sans la moindre trace de catarrhe, elles se meuvent normalement et leur occlusion s'effectue parfaitement. Mais au-dessous, séparés par une fourche de leur bord inférieur, on distingue des bourrelets sous-cordaux peu saillants, rouges, légèrement striés, symétriquement rangés, qui sous la sonde se⁸ révèlent mous et flexibles. Dans la trachée, à la hauteur du cinquième ou du sixième anneau, siégeait une tumeur en forme de bouton, originaire de la paroi gauche, dont la base était constituée par un bourrelet rouge, à couches sagittales. Le cône obstruant considérablement l'orifice avait une coloration de cire jaunâtre et sa surface était brillante comme de la graisse. Au-dessus de cette tumeur, dans la portion antérieure de la trachée, on percevait une bande cicatricielle à bords aigus, d'un gris blanchâtre, cachant la vue depuis la partie supérieure gauche jusqu'à droite vers le bas. Absence de croûtes et de sécrétions adhérentes ; aucune odeur caractéristique. L'examen du nez, des choanes, de l'orifice tubaire ainsi que de la face postérieure du voile palatin fournit un résultat absolument normal. La motilité de la lnette est conservée.

En raison de la présence simultanée d'une tumeur et d'une cicatrice, et de l'absence d'ulcérations en se basant sur l'existence des bourrelets sous-cordaux symétriquement rangés, je fis à la consultation le diagnostic de sclérome trachéal, bien que d'autres signes, tels que l'odeur caractéristique, fissent défaut et que la malade arrivât de Styrie, pays sur lequel à cette époque je ne possédais encore aucun renseignement au sujet de cette affection.

Malgré la dyspnée intense qui s'atténua faiblement sous l'influence d'inhalations et d'absorption de morphine, au début la malade s'opposa à toute intervention chirurgicale. Seulement

cinq jours après, le 20 décembre, l'embarras respiratoire atteignit un degré tel, que l'intervention fut acceptée et l'amélioration se manifesta immédiatement au point d'écartier tout danger. Il s'agissait d'arriver à dégager la base en détachant l'infiltration très saillante.

Après avoir tout préparé pour la trachéotomie et avoir procédé à la cocaïnisation rapide de la malade, j'introduisis une pince coupante à courbure appropriée et du premier coup j'extirpai un fragment important de la portion de la tumeur oblitérant l'orifice sans presque déterminer d'hémorrhagie ; la respiration devint aussitôt plus libre, ce qui facilita considérablement les interventions successives. Ensuite, au moyen de l'écraseur, je déchirai le bourrelet cicatriciel au voisinage de son point d'insertion à droite, ce qui lui donna l'aspect d'un ruban flottant, mince et blanc, puis en me servant du même instrument et de la pince, j'enlevai la plus grande partie du reste de l'infiltration ainsi que la bande fibreuse alors mobilisée. Au cours de ces manipulations, la malade rejeta quelques particules molles isolées. En tout on excisa trois gros fragments mesurant de 6 à 8 millimètres de long sur 3 à 4 millimètres de large, dont un présentait une structure dure, tandis que les deux autres, plus mous, rappelaient comme consistance le tissu adénoïdien ; ils furent conservés dans l'alcool et le liquide de Müller pour servir à des recherches ultérieures ; de plus je fis des cultures sur gélatine et sur agar, qui au bout de quelques jours me fournirent un résultat positif.

Sitôt après l'opération, la malade se sentit soulagée, seuls ses crachats étaient légèrement teintés de sang. Cette euphorie continua le lendemain matin, de sorte que je pus poursuivre plus aisément et avec plus de sécurité l'abrasion totale de l'infiltration commencée la veille, attendu que je pouvais introduire l'instrument exactement à l'endroit fixé. Je retirai encore trois fragments modérément mous et ne présentant aucune saillie.

22 décembre. — Etat subjectif bon ; on ne perçoit le bruit de sténose que lorsque la malade respire profondément. Pas de fièvre. Je commence par introduire un cathéter anglais d'un diamètre moyen, ainsi qu'on a l'habitude de le faire avant le traitement par les sondes de caoutchouc durci ; mais la malade se soumet avec répugnance à l'emploi de ce procédé.

23 décembre. — Bougirage avec la sonde de caoutchouc durci n° 3, qui provoque pour ainsi dire la chute de l'instrument dans la trachée, attendu que l'endroit où existait le rétrécissement est franchi sans résistance. L'après-midi, l'introduction de la sonde

n° 4 provoque des douleurs, la malade étant très maladroite. Vers le soir elle se plaint de la sensation de plaie et de brûlure dans la trachée ainsi que de douleurs s'irradiant à l'oreille, phénomènes qui persistent jusqu'au lendemain matin.

24 décembre. — Rougeur de l'extrémité postérieure de la corde vocale droite; proéminence moins accusée des bourrelets sous-cordaux que deux jours auparavant. Suspension de la dilatation; inhalations; applications de glace. La respiration est tout à fait dégagée.

25 décembre. — Les altérations de la corde vocale droite sont plus marquées; au-dessus de sa portion postérieure on voit une tuméfaction rouge succulente. On a de nouveau recours à la sonde molle n° 24 que l'on introduit pendant dix minutes. Le soir, à huit heures, inopinément, sans raison connue, accès de dyspnée qui dure un quart d'heure, mais qui se calme par l'administration de 1 cg. de morphine au point que la malade passe une nuit tranquille. Pas de fièvre. Larynx sensible à la pression sur la région externe droite.

26 décembre. — Les lésions d'apparence traumatique de la corde vocale droite sont encore plus nettes; vive rougeur et tuméfaction de la portion postérieure recouverte d'un dépôt blanc jaunâtre. Malgré ces symptômes, difficiles à surmonter vu l'état de la malade, on continua la dilatation d'abord pendant deux jours avec des cathéters mous, puis plus rapidement avec des bougies de caoutchouc durci, de sorte que dès le 9 janvier les bourrelets sous-cordaux étaient atrophiés et que le tissu prolongeant directement le bord de la corde vocale était devenu lisse le long de la paroi latérale de la trachée.

11 janvier. — Pas de modifications de la corde vocale gauche; la région postérieure de la corde droite est encore le siège d'un dépôt blanchâtre. On remarque une tuméfaction rouge, pavimenteuse, englobant le bord inférieur du cartilage cricoïde.

14 janvier. — La saillie visible depuis trois jours sur la paroi trachéale antérieure a augmenté et s'est transformée en une proéminence légèrement bosselée non revêtue d'exsudat. Celle-ci ayant une apparence suspecte, on pensa qu'on avait peut-être affaire à une infection locale déterminée par le sclérome à la suite de l'intervention, et je l'excisai sur-le-champ avec une pince. L'examen microscopique ne fournit aucune donnée certaine venant corroborer nos soupçons et pour des raisons étrangères je ne fis pas de cultures.

Le reste de l'examen n'offrit rien de particulier. Depuis le 16 jan-

vier, la malade subit quotidiennement l'introduction des sondes de caoutchouc durci n^{os} 8 et 9, sans ressentir le moindre inconvénient. De temps à autre, pour avoir plus d'action, on emploie la sonde n^o 10, pas tant pour obtenir la dilatation que pour arriver par la pression latérale à enraayer définitivement le processus infectieux.

Au commencement de février, le bourrelet sous-cordal gauche avait totalement disparu et celui de droite en partie. La malade se trouvait très bien et réclamait tous les jours son exeat.

Elle sortit le 28 février 1898. Jusqu'à la bifurcation de la trachée, la muqueuse trachéale apparaissait lisse, mais elle était plus épaissie à la partie supérieure, au point qu'on distinguait malaisément les anneaux isolés : ainsi qu'on le voit sur la figure 2.



Figure 2.

Il ne restait plus trace du bourrelet sous-cordal gauche, à droite il subsistait seulement un liseré étroit de tissu suivant le bord de la face inférieure de la corde vocale, mais qui avait une consistance ferme et un caractère calleux. Les deux cordes vocales étaient d'un blanc immaculé, non épaissies et avaient conservé toute leur motilité. Occlusion glottique normale. Voix claire.

Je parlerai seulement à la fin de l'observation des résultats de l'*examen histologique* au cours du traitement à la période d'attente.

Je recommandai à la malade de ne pas trop espacer ses visites ; mais elle demeura longtemps sans reparaitre et ne revint à la clinique qu'à la fin de novembre 1898. J'eus une déception, car tandis que j'espérais une guérison durable, la lésion s'était reproduite ayant envahi la région glottique. Les cordes vocales étaient le siège de manifestations catarrhales très prononcées, leur portion antérieure était hypertrophiée et à la commissure existait une tuméfaction qui se prolongeait en bas contre le premier anneau trachéal de telle manière qu'elle avait

provoqué l'éclosion d'un épaissement peu saillant, légèrement irrégulier à la surface ; de plus, du côté gauche, des bourrelets très proéminents s'étaient développés dans l'espace sous-cordal. J'excisai à la consultation la plus grande partie du revêtement antérieur de la région sous-glottique, puis j'introduisis de nouveau pendant deux ou trois semaines des sondes en caoutchouc durci jusqu'au n° 10, traitement dont la malade se trouva à merveille. Mais elle disparut derechef et ne vint que deux fois, en passant, à la clinique au cours de l'année 1899, sans qu'il me fût possible de la décider à faire un plus long séjour. A sa première visite je pratiquai le bougirage pendant trois jours ; la seconde fois qu'elle reparut, elle ne souffrait plus, mais les gonflements occupant l'orifice sis sous les cordes vocales auraient nécessité l'institution d'une thérapeutique systématique appropriée.

La malade se décida alors à revenir le 15 décembre 1900, dans un état que je vais décrire, et subit des opérations.

En dernier lieu elle habitait le XX^e arrondissement, — je reviendrai ultérieurement sur les conditions de son logement — et depuis trois mois elle s'est mise à tousser fréquemment et à cracher au milieu des quintes des particules cutanées, d'un jaune rougeâtre. Elle voulait m'en apporter un échantillon qu'elle avait conservé dans l'eau, pour que je la renseigne sur sa nature, mais malheureusement elle l'a perdu. La raucité actuelle très accusée remonte à une date déjà ancienne et la voix s'est graduellement affaiblie.

Depuis trois à quatre semaines, la marche précipitée ou un travail pénible provoquent la dyspnée et des battements de cœur qui forcent la malade à venir nous trouver.

L'examen des *poumons* et du *cœur* ne révèle rien d'anormal, absence de bacilles tuberculeux dans les crachats. Il existe depuis six mois, dans la région sous-maxillaire droite, une glande lymphatique de la dimension d'un petit œuf de pigeon, assez ferme, mobile en apparence, qui ne paraît pas avoir augmenté de volume dans les derniers temps ; une seconde glande, qui se développa dans la même région il y a environ dix-huit mois, régressa spontanément sans entraîner d'autres troubles.

On ne rencontre aucune altération nasale ou rhino-pharyngienne, mais ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur la figure 3, le larynx est de nouveau le siège d'accidents graves. Aditus normal, le bord inférieur du ventricule gauche est modérément tuméfié et très rouge à sa partie antérieure, la corde vocale gauche est fortement hypertrophiée et on remarque des infiltrations

bosselées dans la région de la circonférence antérieure de l'espace sous-glottique.

La corde vocale gauche est tellement envahie par des masses de tissu succulent d'un gris rougeâtre, qu'on ne reconnaît sa structure que dans la portion postérieure sous la forme d'un champ triangulaire aigu, accru par une injection vasculaire. L'infiltration est surtout prononcée vers le milieu de la glotte, tandis que sur la partie antérieure de la corde vocale elle paraît se rapprocher des altérations affectant la paroi laryngo-trachéale antérieure et s'étendant jusqu'au bord supérieur du quatrième anneau de la trachée. Cette masse infiltrée en forme de lame, d'un rouge jaunâtre, possède une surface bosselée irrégulière et pénètre dans la portion inférieure sous la forme d'une protubérance plus accusée, saillante au-dessus du niveau des parties muqueuses normales. Ainsi qu'on s'en aperçut plus tard, les végétations développées sur la corde vocale étaient de consistance molle, tandis que



Figure 3.

celles de la paroi antérieure étaient plus dures. La corde vocale droite colorée en jaune n'est pas épaissie et modérément injectée ; on distingue à la partie médiane de sa surface une étroite bande de tissu qui s'étend vers la commissure antérieure ; mais au-dessous, aucune nouvelle infiltration n'est apparue. La motilité est restreinte, surtout pour la corde vocale gauche, de sorte que pendant la phonation, une fente occupant le tiers postérieur de la glotte demeure béante. La muqueuse de la surface antérieure de la paroi laryngée postérieure est normale, finement ourlée et se maintient bien. En regardant au fond de la trachée, l'œil perceoit à gauche, à la hauteur des cinquième et sixième anneaux trachéaux, un léger épaississement de la muqueuse à la place où l'infiltration avait surgi trois ans auparavant ; rien d'anormal dans les autres régions de la trachée.

Le mal progressait donc de nouveau dans le domaine de la

glotte, et de l'espace sous-glottique, mais la recrudescence était telle que les altérations relevées en novembre 1898 sont masquées par les nouvelles modifications de la corde vocale gauche et qu'il n'existe pas de bourrelet sous la corde droite. Toutefois il ne s'est produit aucune récidive sur le point de la trachée affecté en décembre 1897.

En deux séances, j'extirpai, avec l'écraseur et la pince, l'ensemble des infiltrations aussi radicalement que je pus, puis j'entrepris le bougirage en commençant par la sonde n° 7, opération que j'ai continuée jusqu'à la semaine passée.

Jusqu'ici la malade a refusé de subir l'ablation de la glande sise sous l'angle maxillaire inférieur droit; opération qui aurait pu exciter un certain intérêt au point de vue de la thérapeutique ultérieure.

La malade me quitta en respirant parfaitement, la corde vocale gauche bien conformée avait recouvré sa motilité, la voix bien qu'améliorée était toujours rauque, mais elle promet de revenir se montrer à intervalles réguliers (1).

Nous jetterons maintenant un coup d'œil sur les résultats de l'examen anatomique. Pour juger des diverses phases des recherches, les préparations ont été colorées par différents procédés; certaines ont été soumises à des colorations par le bleu de méthyle polychrome ou celui de Loeffler, la thionine, teinture au Gram ainsi qu'au rubin, coloration par la méthode de van Gieson et l'éosine hématoxyline. Je ferai observer qu'on arrive à faire exactement le diagnostic avec le bleu de méthyle polychrome et le procédé habituel d'éosine hématoxyline; par ce dernier moyen les bacilles sont très faciles à reconnaître, ainsi que plusieurs auteurs l'ont déjà signalé.

En ce qui concerne le rôle de la protubérance en forme de bouton située dans la trachée, sur la figure 4 annexée à ce travail, on voit que la tumeur est le produit récent du processus scléromateux, tandis qu'une masse granuleuse, plus

(1) Note après l'achèvement de mon travail. — Je traite encore la malade par le bougirage. Je l'ai vue pour la dernière fois le 28 février; son état est excellent et meilleur que lors de sa sortie de la clinique le 28 février 1898 (p. 227), la voix est claire. Elle travaille dans le 1^{er} arrondissement.

pauvre au point de vue de la solidité de la structure, occupait le premier plan avec ses propriétés caractéristiques. Nous sommes en présence d'un réseau à mailles lâches à la base du-

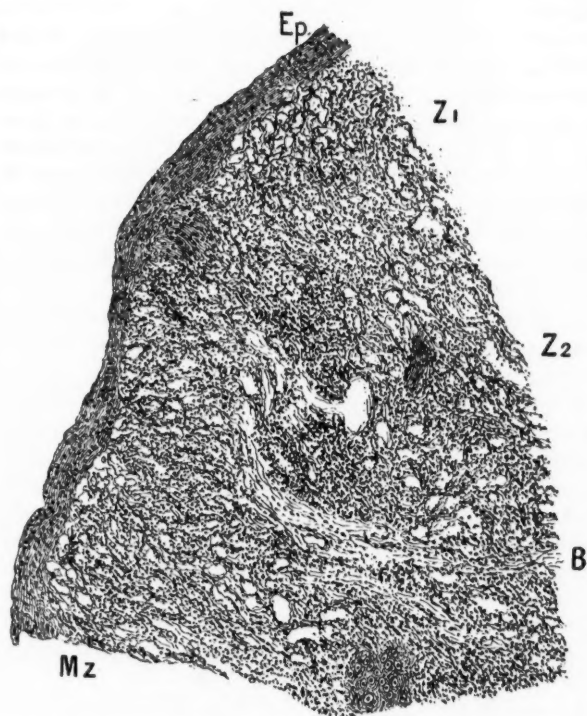


Fig. 4. — Ep. Epithélium. Z¹. Zone du tissu lâche avec cellules de Mikulicz, Mz. Z². Couche de tissu plus épaisse constituée principalement par l'infiltration des cellules rondes. — B, Trajets isolés du tissu conjonctif dense.

quel rayonnent des bandes de tissu isolées, et autour duquel on rencontre une vascularisation plus distincte.

La figure 5 reproduit une coupe à un plus fort grossissement.

Sous l'épithélium qui ici semble, seulement en de rares endroits, s'enfoncer dans la profondeur, se trouve une zone de tissu d'aspect réticulé, qui est remplie de gros éléments, cellules de Mikulicz, contenant les bacilles. Les cellules diminuent en nombre vers le centre de la tumeur et se trouvent dans les couches successives de l'infiltration dense de cellules rondes seulement disséminées. Ici ce sont des petites cellules qui dominent et semblent plus réguliers ou groupés en îlots compacts. Ce n'est que par exception qu'on trouvait vers la base des globes hyalins se teintant nettement par les couleurs d'aniline, de sorte que, lors de cet examen, ils rétrocédèrent complètement, à l'inverse des autres phénomènes. Aussi put-on se livrer à l'étude des diverses phases que traversent les cellules de Mikulicz entassées dans les couches sous-épithéliales.

J'insiste sur ces éléments plus énergiquement pour démontrer que leur présence assure le diagnostic du sclérome, ce qui semble utile pour confirmer l'existence de la maladie.

D'après les recherches approfondies de différents auteurs au premier rang desquelles figurent celles de Palttauf, Jufinger, Stepanow, tandis que je citerai au nombre des plus récentes celles de v. Marshalko et de Polyak, on ne peut douter actuellement que ces éléments doivent être envisagés comme des troubles nutritifs spécifiques dus aux bacilles inclus ayant produit une dégénérescence particulière et à des altérations morphologiques du tissu cellulaire. Peu après le début de l'affection, les cellules renferment des bacilles, isolés ou groupés avec leur gloea, tandis qu'avec le temps le protoplasma cellulaire s'efface.

Le corps de la cellule de Mikulicz, homogène au début, présente diverses formes de vacuoles ou par l'apparition de son aspect réticulaire il revêt l'image d'un favus. Sous l'influence d'une hypertrophie croissante et d'une transformation vésiculaire, les cellules s'atrophient et les bacilles pénètrent simultanément dans le tissu environnant. Il y a toujours, ainsi que Palttauf l'a soutenu contre Dittrich, un noyau appuyé surtout contre la paroi ou revêtant une forme lamellaire, que l'on distingue encore après la disparition des portions cellulaires res-

tantes. Donc il n'existe pas de nécrose nucléaire, ainsi que le

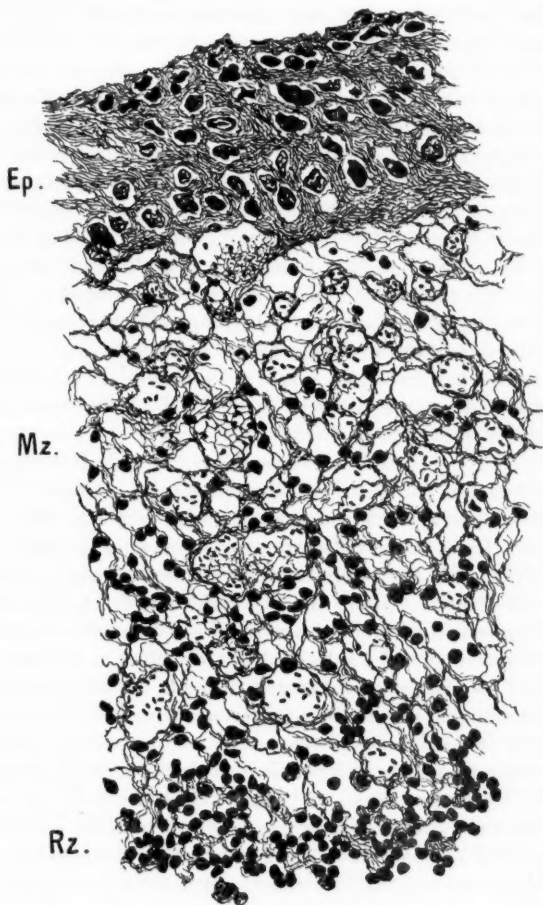


Fig. 5.— Coupe de la couche supérieure à un très fort grossissement. Ep, épithélium ; Mz. Zone des cellules de Mikulicz ; Rz. Début de l'infiltration des petites cellules.

croyaient certains auteurs, mais d'autre part il semble admis-

sible que leur présence puisse passer inaperçue, étant donnée la vaste dimension de la cellule sur la coupe.

Les bacilles se rencontrent également pour les raisons ci-dessus énoncées en dehors des cellules de Mikulicz; aussi peut-on les trouver, ce qui n'est pas sans importance au point de vue du mode de propagation encore inconnu de la maladie, entre les cellules épithéliales, jusqu'à la couche superficielle, fait sur lequel ont insisté Paltauf, Stepanow, Juffinger et en dernier lieu Baurowicz. Ce résultat était très aisé à constater dans les coupes colorées au bleu de méthyle, d'un cas, recueilli à notre clinique et publié par Majewski. Il faut aussi mettre à part de notre figure 5, la pénétration des cellules de Mikulicz entre les couches épithéliales signalée par Stepanow, dans laquelle on a affaire à une cellule hydropique et remplie de bacilles faisant saillie dans la couche épithéliale.

Quant à la question de savoir si les bacilles du sclérome se colorent ou non par le Gram, je me range à l'opinion affirmative d'après mon expérience.

La nature et la valeur des « corps hyalins », décrites pour la première fois par Pellizzari et controversées depuis, ont été mises au point par les recherches spéciales de v. Marschalko et Polyak. Ils se mettent d'accord avec Unna pour déclarer que ces corps sont des produits dégénérés des « Plasmazellen », car on trouve aussi un noyau à l'intérieur de ces éléments. Il n'y a pas grand intérêt à savoir s'il s'agit de corps hyalins, ou, comme le disent d'autres auteurs, de colloïdes, le principal est que ces recherches ont démontré que le développement de ces tumeurs ne se rattache ni directement ni indirectement à l'action du bacille scléromateux et ne peut pas même se montrer comme une suite éloignée ainsi qu'*Unna* le croyait, attendu qu'on les observe aussi au cours d'autres processus pathologiques. J'ai eu sous les yeux une préparation colorée à l'éosine hématoxyline concernant un nodule scléromateux excisé de l'orifice nasal, qui est particulièrement riche en globes hyalins, mais qui renferme aussi des noyaux cellulaires distincts. D'accord avec les auteurs précités, je n'ai pas trouvé de bacilles à l'intérieur des ces masses homogènes. Ainsi ces produits ne possèdent pas de caractère spécifique, et, comparativement

aux cellules de Mikulicz, ils n'offrent qu'un intérêt absolument secondaire pour le diagnostic.

La préparation d'un fragment extirpé de la base plus large de l'infiltration trachéale fournit un résultat un peu différent; sur les parties plus rapprochées de la paroi se trouvent d'importants trajets s'irradiant dans un tissu conjonctif très riche en cellules, au milieu duquel on rencontre un réseau d'infiltration des petites cellules. Vers la surface, le tissu granuleux domine, montrant une vascularisation riche; on voit aussi des infiltrations denses autour des orifices glandulaires. Les globes hyalins sont extrêmement rares. Par places, on rencontre de nouveau un tissu réticulé composé de cellules fusiformes, dans lequel se trouvent des éléments spécifiques, mais en quantité moindre que dans le fragment examiné auparavant. L'épithélium est plus épais et envoie par ci par là de courts bourgeons en bas.

L'étude comparée des pièces permet donc de conclure qu'une ancienne infiltration a donné naissance au développement circonscrit d'une excroissance en évolution.

L'examen du fragment excisé à la fin de 1898 donna dans l'ensemble le même résultat que celui qu'on avait pratiqué environ une année auparavant; il en a été de même du dernier examen effectué sur la parcelle de tissu extirpée dernièrement où les altérations avaient aussi l'aspect d'un développement plus récent, de sorte qu'il est inutile que je m'étende particulièrement sur ce point. Je me bornerai à faire remarquer que la résistance offerte par la corde vocale et par la paroi trachéale antérieure lors de l'ablation était diverse et s'expliquait par le fait que le fragment enlevé sur la paroi était pauvre en tissu à cellules rondes et en éléments spécifiques et que celui-ci disparaissait davantage au fur et à mesure que des productions de tissu conjonctif pénétraient dans les couches sous-muqueuses. Dans les faisceaux de ces couches, on distinguait par la coloration de Weigert des fibres élastiques assez nombreuses et pénétrant par endroits dans le réseau des cellules rondes sous la forme de bandes minces.

L'architecture des fibres élastiques a encore besoin d'être étudiée sous le rapport des divers produits et des stades du

processus scléromateux, aussi actuellement le Dr E. v. Schrötter a-t-il entrepris d'établir une comparaison entre différentes tumeurs cicatricielles et inflammatoires à ce point de vue.

Les tumeurs cartilagineuses ou osseuses (H. Chiari, O. Chiari, Stroganoff, Majewski), soupçonnées à la suite d'une longue maladie ou d'après les phénomènes de la région antérieure, n'existaient pas ; elles ne se développent vraisemblablement que dans les cas de lésions diffuses invétérées avec participation des tissus profonds.

Pour conclure à propos du diagnostic bactériologique, il me faudrait attirer l'attention sur un procédé qui m'a très bien réussi dans 5 ou 6 cas. Je fais des cultures non avec la sécrétion, mais avec des parcelles excisées, en m'arrangeant à conserver ces dernières après leur ablation dans la flamme de Bunsen jusqu'à ce que la surface soit légèrement brûlée. Ensuite je les écrase entre les branches d'une pince flambée, je sépare des portions minimales avec une aiguille de platine et immédiatement je dépose ces cultures dans la gélatine. Par ce moyen, les cultures classiques peuvent être rapidement conservées pures et montrées. A l'aide de ce procédé *direct* on peut éviter un isolement prolongé et le système des lamelles, dont on ne pouvait guère se passer parce que les fragments obtenus à la clinique sont très infectés en général. On ne saurait prendre trop de précautions en grillant la surface, vu la rapidité avec laquelle se forme une couche coagulée qui sans doute préserve les parties profondes de la violence et de la chaleur.

En nous rapportant aux principes anatomiques dont j'ai parlé à cause de leur valeur au point de vue du diagnostic clinique et en jetant les yeux sur l'état dans lequel se trouvait la malade lors du début du traitement, le 5 décembre 1897, il est certain que nous avons eu affaire à un *sclérome trachéal*.

Il n'entre pas dans mes intentions d'aborder l'étude détaillée du sclérome de la trachée, je me contenterai de faire remarquer que cette lésion, soit qu'elle se manifeste à la suite d'une affection laryngienne, soit qu'elle soit combinée avec d'autres localisations, ou enfin qu'elle se montre isolément comme dans l'infime minorité des cas, n'est pas aussi exceptionnelle qu'on pouvait le croire.

Sur l'ensemble de ses observations, Frankenberger a trouvé la trachée atteinte 33 fois, ce qui, pour la totalité de ses cas, donne une proportion de 13 % environ. Après avoir parcouru toute la littérature récente du sujet, et en y ajoutant mes observations personnelles, j'ai réuni plus de 400 cas de sclérome fournissant un pourcentage de 16 %, car j'ai pu y adjoindre encore 34 nouveaux cas, ce qui permet de recueillir un total de 67 cas de manifestations trachéales du sclérome.

Chez notre malade, on remarque le fait suivant. Bien que la plupart du temps les individus porteurs de sclérome exhalent une odeur *sui-generis*, qui, ainsi que le dit L. v. Schrøtter, peut seule décider le diagnostic, chez notre malade ce signe révélateur faisait défaut. On était aussi frappé de l'absence de production de l'enduit gris verdâtre qui d'habitude adhère intimement aux parois et qui probablement est en relation à l'origine avec les transformations histochimiques provoquées par les bacilles, et peut être considéré comme le véhicule de l'odeur ⁽¹⁾. De plus, on remarquait l'apparence insolite, luisante, jaune comme de la cire, de la tumeur en forme de bouton issue de la profondeur de la trachée vers la lumière ; sa consistance molle et sa texture lâche, observées après l'extraction, étaient surprenantes, car en général ces protubérances scléromateuses revêtues d'une surface lisse possèdent une résistance plus considérable.

La présence d'une membrane indurée à côté d'une infiltration en forme de bourrelet dans la trachée confirme par le fait que seules des tuméfactions molles s'étaient développées dans l'espace sous-glottique, l'opinion de l'origine trachéale de la maladie qui subit des transformations donnant lieu à l'éclosion de produits déjà fibreux, mais qui était certainement plus ancienne que les phénomènes non encore caractérisés, observés dans la région laryngienne. Au moment où je soignai la malade pour la première fois, je me demandai encore si ces tuméfactions sous-glottiques devaient être considérées comme ayant déjà un

(1) PALTAFU a signalé le fait que dans certaines conditions les cultures de bacilles scléromateux peuvent répandre une odeur aigre et fadasse particulière.

caractère scléromateux, ou s'il s'agissait tout simplement de symptômes de réaction imputables à l'inflammation spécifique siégeant dans les parties profondes de la trachée. Mais actuellement, après l'excision d'une parcelle de tissu suivie d'examen bactériologique dans un autre cas, je crois qu'il est indéniable que dans les observations de ce genre on a affaire à des modifications locales du tissu engendrées par le bacille. Cette opinion est certainement exacte pour ma malade, J. L., bien que je ne me sois pas occupé d'examiner séparément les bourrelets sous-cordaux, mais ultérieurement on assista à une nouvelle poussée d'accidents manifestes. Il ne peut subsister aucun doute quant à l'âge *relatif* des transformations observées dans la trachée et dans l'espace sous-glottique au point de vue de la *localisation primitive* de l'affection *dans la trachée*.

Dans cet ordre d'idées, il faut citer aussi certaines particularités remarquées au cours du traitement de notre malade.

L'apparence des produits scléromateux nous incitait à admettre que les tumeurs siégeant au fond de la trachée étaient des manifestations primitives, tandis que les tuméfactions occupant l'espace sous-glottique constituaient des localisations récentes du mal, et l'évolution ultérieure de l'affection, l'apparition d'infiltrations dans la région des cordes vocales suivie d'une seconde récurrence confirmaient le développement ascendant de la lésion.

Si la maladie évolue d'ordinaire de manière qu'une affection naso-pharyngienne soit suivie d'accidents laryngiens avec propagation consécutive à la trachée, et que la maladie ait une marche progressive ou que brusquement elle gagne du terrain ou que l'affection attaque simultanément plus ou moins violemment deux points différents, pour éclater ensuite avec plus d'intensité sur un seul d'entre eux, il faut conclure, en l'état de nos connaissances actuelles et en particulier d'après notre observation, qu'il est certain que l'affection peut suivre la voie inverse et se localiser d'abord dans la trachée.

Des preuves concluantes de la marche ascendante du sclérome ont déjà été fournies par L. von Schroetter et Paltauf, ce dernier nous ayant doté d'un travail d'anatomie critique très documenté se rapportant aux cas de Schroetter. Je rappellerai

l'observation classique Stojan chez qui, plusieurs années seulement après la cessation des phénomènes passagers de sténose laryngée cicatricielle, on vit éclore des infiltrations nasales qui furent reconnues alors comme des nodules rhinoscléromateux typiques, de même qu'un autre cas où l'apparition tardive d'infiltrations à la face postérieure du voile fit admettre comme symptôme tardif du sclérome un rétrécissement survenu autrefois dans le larynx. Je signalerai aussi particulièrement les observations n^{os} 8 et 10 ⁽¹⁾ qui démontrent que le processus débuta dans la portion supérieure de la trachée. Cette opinion est vraisemblable dans le second cas; chez le premier malade on reconnut la nature du mal par l'examen microscopique d'un fragment excisé à la partie inférieure de la corde vocale droite.

On comprendra qu'en cas d'expansion de la maladie, et surtout vu la diversité d'aspects affectée par les localisations variées suivant l'époque à laquelle on les observe, il semble souvent impossible d'émettre une opinion ferme sur le siège primitif de l'affection. Mais, dans mon cas, les recherches basées sur l'examen de parcelles extirpées du fond de la trachée, ont démontré en considération de l'existence d'altérations sous-glottiques de date récente et de l'absence de tout symptôme aux autres lieux d'élection, l'exactitude de l'hypothèse émise plus haut et confirmée selon laquelle la maladie doit être définie sous l'appellation de *sclérome trachéal primitif à évolution ascendante consécutive*.

Ici, à l'origine, à côté de cicatrices très nettes, on rencontrait des végétations caractéristiques au point de vue anatomique, dont l'ablation n'était jamais suivie de récurrence; c'est seulement au bout de plusieurs mois de repos que surgissaient les manifestations progressives dans la région laryngienne et sur les cordes vocales.

En concordance avec cette observation, Baurowicz rapporte, dans sa dernière statistique, deux cas (n^{os} 84 et 85) d'affection primitive de la trachée, dont le premier a trait à un homme de 30 ans, soigné du 22 novembre au 17 décembre 1898;

(1) Publication de *Paltauf*.

et le second concerne une fillette de 13 ans, traitée du 13 janvier au 7 avril 1899 à la clinique de Cracovie; le début de l'affection remonte à 15 ans pour le premier malade et à quelques mois pour la seconde. Nikitin m'a également communiqué l'an dernier un cas de localisation trachéale primitive.

Au point de vue *qualitatif et quantitatif*, étant donné que la maladie ne s'était pas localisée autre part que dans le larynx et la trachée, mon observation se présente sous des auspices particulièrement favorables, et il me semble hors de doute que si lors de sa seconde visite à la clinique, la malade s'était soumise à un traitement assez prolongé ou du moins si elle était revenue aussi fréquemment qu'on le lui avait recommandé, elle aurait certainement évité la dernière récurrence et obtenu une guérison durable. Malheureusement la malade n'a pas appris, comme tant d'autres, à se sonder elle-même. J'avais déjà fait remarquer le fait dans le premier article que je consacrai à la malade en septembre 1898. A cette époque, la sténose était totalement enrayée, il n'existait aucun vestige de tumeur, les bourrelets sous-cordaux étaient réduits à l'état d'une étroite bande de tissu sous la corde vocale droite, au point que je me croyais assuré d'après les limites du processus de promettre sa guérison, d'autant plus que pendant plusieurs mois il ne survint aucun accident. Mais en dépit de mes objurgations, la malade disparut longtemps et lorsqu'elle revint en pleine récurrence, on remarqua de nouvelles manifestations qu'un contrôle intermittent aurait sûrement arrêtées dans leur évolution. La malade est insouciante et cherche encore, se trouvant satisfaite de son bien-être subjectif, à se soustraire au bougirage qui, après avoir été effectué quotidiennement, est maintenant pratiqué tous les trois ou quatre jours. Ne possédant aucun moyen de retenir davantage la malade à l'hôpital, il sera impossible de l'empêcher de se replacer et de contracter plus ou moins rapidement une nouvelle récurrence ⁽¹⁾.

Le Dr Monnier a rédigé l'an dernier un article à propos d'une de mes observations concernant une femme de 24 ans, A. V. de Prerau (Moravie), qui était encore en traitement à notre

(1) D'après la note de la page 230, la malade est devenue plus raisonnable cette fois, car elle vient encore se montrer à la clinique.

clinique il y a quelques semaines, et chez qui les tissus érodés et indurés semblent complètement guéris au point de vue de la récidence, j'ai pu néanmoins cultiver des bacilles qui se trouvaient en évidence dans le réseau des cellules rondes incluses dans les faisceaux du tissu conjonctif. Chaque fois, d'après ces données, le traitement compressif sera poursuivi pendant longtemps, ou tout au moins on contrôlera ses effets d'une façon suivie, attendu que nous ignorons toujours si après une accalmie plus ou moins prolongée, la lésion ne se localisera pas sur une autre région.

J'aborde maintenant la thérapeutique du sclérome, mais avant d'entamer ce sujet, je vais relater brièvement l'histoire d'un cas observé ultérieurement où le diagnostic de sclérome trachéal primitif ne se vérifia pas entièrement, car la malade, bien que très gravement atteinte, se refusa à tout traitement. Toutefois je ne doute pas, malgré l'absence de preuve bactériologique, qu'on ait eu affaire à une localisation du sclérome dans la trachée.

Vu la rareté du cas, je donne la reproduction d'un dessin que j'ai esquissé pendant les quelques heures qu'elle passa à notre clinique.

Le 16 octobre 1899 se présente la nommée N. M., âgée de 42 ans, originaire de Dörfel, en Bohême. Pas de tares héréditaires ; étant enfant elle a eu la scarlatine. La malade s'est mariée à 24 ans et a eu onze enfants ; elle a fait une fausse couche après le neuvième. Elle a seulement trois enfants vivants, les autres ont succombé en bas âge, soi-disant à des fraises ?

Au cours de sa seconde grossesse elle souffrit pour la première fois de troubles respiratoires qui se répétèrent à chaque nouvelle grossesse avec une intensité croissante pour s'atténuer notablement après la délivrance. Il y a deux ans apparut la raucité accompagnée de dyspnée violente, surtout à la suite de fatigues physiques. En dépit de la thérapeutique employée, l'état de la malade empira toujours. En janvier 1898, elle vint à Vienne et fut trachéotomisée à la clinique laryngologique ; elle ajoute même qu'on lui a enlevé aussi une tumeur de la trachée. Après trois mois de séjour à l'hôpital, la malade rentra chez elle où son médecin lui retira sa canule ; l'orifice de la fistule trachéale se ferma en laissant subsister une cicatrice formant des rayons, mesurant environ

4 centimètres de long. Mais la dyspnée reparut avec une telle intensité que la malade reprit le chemin de Vienne.

La malade, faiblement constituée et très anémiée, travaille depuis sa prime jeunesse dans des tissages où elle manipule des échaveaux de laine; personne dans le voisinage n'a jamais souffert d'une affection similaire à la sienne.

A son arrivée à notre clinique, elle est en proie à une dyspnée intense avec respiration stridoreuse; on ne remarque rien d'anormal à l'examen des organes internes. Dans le nez on découvre une hypertrophie bilatérale des cornets inférieurs dont l'aspect n'offre rien d'insolite; la cavité bucco-pharyngienne et les trompes sont indemnes. Le larynx est libre, pas d'épaississement des cordes vocales qui ont conservé leur motilité. Mais au-dessous, partant de

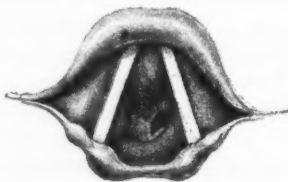


Figure 6.

la paroi trachéale antérieure droite, on voyait une tuméfaction oblitérant de toutes parts la lumière et qui, à la hauteur du cinquième anneau trachéal, se transformait en un diaphragme cicatriciel, rétrécissant la trachée au point de ne plus laisser subsister qu'une ouverture extra-médiane, à gauche. Au-dessus du bourrelet rouge, sur la paroi antérieure, on distingue un petit tronc vasculaire à plusieurs rameaux ascendants; l'orifice atteint à l'endroit le plus resserré un diamètre maximum de 3 à 4 millimètres; il a la forme d'un pépin de pomme et ses contours sont nets. Absence de croûtes dans le larynx et la trachée. Par malheur, la malade refusa d'écouter nos conseils et repoussa toute intervention qui aurait consisté en une dilatation par la voie endo- ou extra-laryngienne et à sa demande elle quitta l'hôpital. Depuis, je n'ai jamais su ce qu'elle était devenue.

La présence de *tumeurs fermes* occupant toute la circonférence de la paroi trachéale, qui par des *adhérences cicatricielles* rétrécissent l'orifice, l'*absence d'ulcérations*, la *muqueuse re-*

vêtant les infiltrations, *intacte à la surface* et portant par places de *fines ramifications vasculaires* ; tout cet ensemble justifie le diagnostic précité à l'exclusion de tout autre, d'autant plus que la malade habite la Bohême, circonstance qui accroît encore la valeur de notre diagnostic.

L'aspect des lésions suffit amplement à démontrer qu'il ne s'agit pas de la formation d'un granulome consécutif à la trachéotomie ; on pourrait, en raison de l'anamnèse, songer au point de vue du diagnostic différentiel à une autre forme de maladie, je veux parler de la possibilité d'une infiltration gommeuse circonscrite de la trachée qui d'après L. v. Schroetter, Gerhardt, H. v. Schroetter, Hanczel et d'autres auteurs, peut attaquer des individus chez lesquels il n'existe aucun indice précis de spécificité. Mais vu la nature de la muqueuse recouvrant les protubérances, je m'en tiens à mon opinion.

Toutefois on ne saurait être trop circonspect au sujet du diagnostic de ces cas, ainsi qu'il résulte d'une observation intéressante qui m'a été communiquée récemment par le Prof. Paltauf. A l'autopsie d'un malade effectuée à l'hôpital Rodolphe et ne présentant nul signe manifeste de syphilis, on trouva à l'endroit où la trachée pénètre dans les bronches, une infiltration très différente, comme aspect du carcinome à laquelle Paltauf fut tenté d'attribuer une origine scléromateuse, mais à l'examen histologique on reconnut qu'il s'agissait d'altérations gommeuses typiques.

Je vais maintenant traiter rapidement la question de la *thérapeutique* du sclérome, me réservant de reprendre ultérieurement ce sujet à un autre point de vue, le Dr Monnier s'en étant occupé plus spécialement, et le Dr Majewski ayant parlé du traitement à la suite d'une observation.

Etant donné que la *laryngo-fissure* avec ablation consécutive des tumeurs sténosantes a été chaudement préconisée pendant ces dernières années, cette opération a été recommandée par divers auteurs comme le meilleur palliatif du sclérome. Ainsi Gradenigo, v. Sokolowski, v. Navratil s'en sont déclarés partisans, tandis que d'autres tels que O. Chiari, Heindl, Pieniazek, Baurowicz la réservent pour les cas graves. Quant à moi, bien qu'il me semble indiqué d'employer la la-

ryngo-fissure dans les cas de masses de tissu très étendues, rebelles au traitement endo-laryngé, je m'en tiens à la thérapeutique introduite par L. v. Schroetter avec ses deux indications. Avec la *dilatation* méthodique et l'action associée de la *compression latérale*, nous possédons les meilleurs moyens de défense contre une maladie dont l'entité consiste à former des indurations telles que la sténose des conduits muqueux. La laryngo-fissure suivie d'excision ou d'ablation d'importants fragments de tissu pourra favoriser le dernier accident, et nous voyons en effet les auteurs cités plus haut faire suivre l'opération de la dilatation. L'idée selon laquelle la chirurgie externe, malgré ses inconvénients, serait plus appropriée parce qu'on obtient des résultats plus rapides et que les malades ne sont pas obligés de se soigner aussi longtemps, ne mérite pas à mon avis d'entrer en ligne de compte car il me semble hors de doute que cette *rapidité est uniquement apparente*. D'après le nombre de malades assez important qui ont été traités à notre clinique, je crois pouvoir affirmer que dans aucun cas la pratique de la laryngo-fissure n'eût été justifiée, et que même dans les cas graves avec modifications du calibre du larynx et de la trachée, les phénomènes très graves ont été vaincus par la dilatation. Il sera toujours utile de faire précéder cette thérapeutique d'interventions endo-laryngiennes, endo-trachéales et même bronchoscopiques. Enfin il ne faut pas oublier qu'il ne s'agit nullement dans le sclérome d'un processus d'ulcération destructif ayant donné lieu à des rétrécissements cicatriciels. Même la trachéotomie, que les malades ont déjà souvent subie avant de venir nous consulter, peut être évitée, ce qui n'est pas à dédaigner étant données les difficultés qu'on éprouve fréquemment lors du retrait de la canule. Si on a affaire à des malades préalablement trachéotomisés, il faudra introduire des bougies d'étain (Zinnbolzen), qu'il m'est arrivé de laisser séjourner plus d'une semaine dans le larynx sans les changer, ou conseiller le port de canules à tuyau, soit fixe, soit intermittent.

Parmi les malades non trachéotomisés, je citerai une fille A. P. couchée il y a deux ans dans notre service qui présentait des accidents aigus intercurrents du larynx avec sténose temporaire grave j'employai deux fois avec succès des tubes de

O'Dwyer pendant 24 à 48 heures ; et après l'extraction de ces derniers qui n'était pas suivie d'œdème réactif on put revenir à l'introduction des sondes de caoutchouc durci.

Ces remarques ne signifient pas que je m'élève en principe contre la laryngofissure, mais il suffit de dire que le traitement doit varier selon les individus sur lesquels on l'applique. Dans certaines conditions, on peut obtenir des succès par la thérapeutique chirurgicale, mais je voulais seulement dire que *l'intervention ne doit pas figurer en première ligne et être considérée comme une sorte de traitement normal des sténoses laryngo-scléromateuses*. Le Dr Monnier a déjà insisté dans son travail ⁽¹⁾ sur la difficulté rencontrée pour dilater un malade atteint de sclérome et ayant subi auparavant la laryngo-fissure à un autre endroit ; néanmoins j'ai réussi finalement à restaurer la respiration par les voies naturelles et à fermer définitivement l'orifice fistuleux de la trachée.

Comme je l'ai dit, je voudrais mettre la dilatation au premier rang parmi nos moyens thérapeutiques et faire ressortir l'influence *souveraine* des sondes en caoutchouc durci de Schroetter dans le sclérome des voies aériennes ⁽²⁾. Et si ce procédé, qui même a été préconisé par certains auteurs après certaines méthodes chirurgicales, n'a pas été assez vanté jusqu'ici, j'espère que sa haute valeur sera reconnue unanimement par ceux qui auront pris connaissance de la riche statistique de Baurowicz et du traitement qu'il institua. Bien que sur 23 cas, on en compte 4 où la laryngo-fissure fut pratiquée pour des bourrelets sous-cordaux, la valeur des bougies de caoutchouc durci saute aux yeux.

La compression latérale agit aussi très efficacement comme

(1) J'ai revu l'autre malade Ch. W. citée dans ce mémoire il y a une quinzaine, et j'ai pu alors vérifier le diagnostic qui antérieurement était douteux par la présence d'une récidive.

(2) *Note après l'achèvement de mon travail*. — A l'occasion d'une discussion sur la thérapeutique du sclérome qui eut lieu à la séance du 10 janvier 1901 de la Société laryngologique de Vienne. Koschier, se basant sur les observations de la clinique laryngologique, et O. CHIARI se sont déclarés vivement partisans du bougirage systématique que CHIARI a nommé « la méthode classique ». On comprend que le cas cité par WEIL ne peut faire aucun tort à la valeur des sondes durcies de Schroetter.

mode de traitement des infiltrations scléromateuses obstruant les méats *nasaux*, ainsi que j'ai pu le vérifier de nouveau il y a quelques années chez une malade nommée C. F. de Nechwaline dont le Dr Reinhard a publié l'observation et qui dès cette époque se trouvait dans une situation fort satisfaisante. J'ai employé dans ce cas, après l'évidement des fosses nasales, des sondes de caoutchouc durci spécialement construites ⁽¹⁾ qui eurent d'heureux effets, que nous constatames en juin 1899 et qui ont décidé la malade à porter ces sondes constamment jusqu'à présent. Ces instruments n'apportent aucune gêne, la malade les change elle-même tous les deux ou trois jours et les introduit très aisément. Je dois avouer que j'ai été fort surpris de ce succès. La respiration nasale est absolument libre, la peau du nez offre un aspect cicatriciel, mais elle laisse se déplacer, seul un durcissement typique de la substance des ailes du nez trahit l'existence du processus antérieur; pas d'infiltration dans la région des méats, la muqueuse est uniformément lisse. Seul le voile palatin présente à côté d'une hypertrophie calleuse une petite saillie dure, révélatrice de lésions encore en évolution ⁽²⁾.

La dilatation, tant pour le larynx que pour la trachée, *fait défaut* dans les cas où les symptômes sont si accusés lorsque les malades nous consultent, que les infiltrations étendues ont provoqué l'induration et le durcissement de la paroi suivis de sténose des voies aériennes descendant jusque dans les bronches.

Dans ces cas si graves, où le processus a dès le début pris de l'extension et s'est diffusé avec intensité, la dilatation ne permet plus de maîtriser la sténose progressive; il se peut aussi qu'un grattage antérieur ou intercurrent des produits scléro-mateux ne permette alors à la dilatation que d'exercer une influence temporaire, la lésion ayant gagné les couches muqueuses profondes et le périchondre étant attaqué par l'infiltration.

(1) On trouvera la reproduction de ces instruments dans le travail de Reinhard.

(2) Note après l'achèvement de ce travail. Il est aussi intéressant de comparer le résultat de la thérapeutique instituée chez cette malade avec le traitement chirurgical préconisé et décrit récemment par Navratil.

Malgré la trachéotomie profonde et le port prolongé de la canule, ces sténoses accompagnées et suivies d'accidents pulmonaires entraînent la mort par suffocation chronique.

Le bougirage par le procédé de L. v. Schroetter, ainsi que nous l'avons dit plus haut, d'accord avec le Dr Majewski, ne peut influencer que jusqu'à un certain point sur la production du tissu, mais ne peut pas l'enrayer totalement et arrêter la maladie ; de plus, les sondes n'atteignent pas toujours à la profondeur désirable.

L'observation publiée par Majewski, une autre qui nous est personnelle (voir page 26), ainsi que le sort d'un malade Ch. I. G. soigné à plusieurs reprises à la clinique et autopsié ensuite par Haberda forment un ensemble qui prouve que le revêtement muco-périchondral de la trachée est devenu le siège d'altérations graves au point de vue de la texture. Pour le traitement de cette catégorie de cas, j'ai déjà songé, depuis quelque temps, à *l'insertion permanente ou tout au moins très prolongée de sondes métalliques flexibles* dans le larynx en les enfonçant jusqu'à la bifurcation trachéale ou même la dépassant suivant qu'on veut y atteindre. J'ai fait des expériences avec les nouvelles tiges spirales d'aluminium ou d'argent « Mettallspiral rohre » de différents modèles, même sur des malades non trachéotomisés, chez lesquels la position et l'orientation des instruments furent contrôlés par la radiographie et fixés par la photographie. On ne craindra pas trop d'utiliser ce procédé dans les cas de sclérome, vu qu'il s'agit dans ce processus, à l'inverse des altérations d'autres variétés pathologiques, de masses de tissu supportant une pression durable sans qu'on ait à redouter la production facile d'une ulcération.

Contre les sténoses localisées circonscrites de la trachée telles que celles de mon observation (voir page 241), il me semble que *l'introduction par la voie bronchoscopique de courts fragments de sonde* ne serait pas contre-indiquée ; je décrirai, à l'occasion du Congrès allemand de chirurgie de 1901, ce mode de dilatation concernant une malade de 49 ans, atteinte d'un rétrécissement de nature tuberculeuse, limité à la portion inférieure de la trachée. Il va de soi, qu'ainsi qu'il a été dit

ci-dessus, il faudra faire précéder la dilatation des parties profondes des voies aériennes dans certains cas de l'ablation des protubérances faisant saillie dans la lumière, ainsi que Pieniazek l'avait fait auparavant à l'aide de son spéculum trachéal introduit dans la trachée à travers l'orifice fistuleux. Au moyen de la bronchoscopie imaginée par Killian, on peut, ainsi que je l'ai fait chez ma malade, effectuer directement ces interventions sans trachéotomie préalable, dans la position élevée ou la tête du malade demeurant pendante.

Nous sommes tenus de nous étendre sur le côté technique du traitement, la thérapeutique médicamenteuse — iodure de potassium, acide salicylique (Lang), injections de sublimé (Billroth), etc. — ayant échoué jusqu'ici; quant à la sérothérapie inaugurée, en 1895, par l'école russe (Pawlowsky) et reprise il y a deux ans par Vymola, on ne peut encore émettre à son égard aucun jugement définitif.

D'après Pawlowsky, deux voies méritent d'être prises en considération : d'une part en immunisant le corps des bactéries avec des extraits glycélinés, fournir au tissu un état bactéricide; d'autre part traiter la maladie par le sérum rhinoscléromateux qui peut nuire à la prolifération des bacilles.

J'aborderai maintenant le *second* point auquel j'ai fait allusion dans mon introduction.

Depuis longtemps déjà, le Prof. L. v. Schroetter, à l'école duquel l'attention a toujours été appelée sur le sclérome, dit que vu l'ignorance absolue qui règne au sujet de la contagion et du mode d'infection de la maladie, il ne faudrait pas se borner à l'étudier sur les malades fréquentant les hôpitaux, mais faire des recherches sur l'affection dans les régions et les pays d'origine des individus afin d'étudier sur les lieux la manière de vivre dominante. Dans ce but, je décidai de colliger les matériaux nécessaires à une étude géographico-statistique afin d'obtenir un coup d'œil exact au point de vue de l'expansion de cette maladie infectieuse et de tâcher d'en arrêter les progrès.

Au moment où mon attention avait été attirée sur un grand nombre de cas de scléromes qui m'inspiraient un vif intérêt, j'étais tellement absorbé par des recherches scientifiques sur

un autre sujet, que je chargeai, au début de l'été de 1899, le Dr Friedmann, qui suivait alors la clinique, de dresser une statistique des cas de sclérome. Il fallait compulsuer la littérature, la compléter par des informations demandées par lettres à des confrères spécialistes, et établir une carte géographique d'après les renseignements obtenus. Je fis expédier la circulaire ci-dessous ⁽¹⁾ et attirai personnellement l'attention du conseil d'Hygiène au moyen d'un rapport sur la question adressé au chef de section de notre Ministère de l'Intérieur, E. v. Kúsy, où j'insistai sur l'importance de l'appui officiel et réclamai la collaboration des médecins cantonaux résidant dans les régions désignées. J'adressai aussi au gouvernement russe et à la République de San Salvador des questionnaires pour me renseigner sur la prophylaxie du mal.

(1) III^e CLINIQUE MÉDICALE DE L'UNIVERSITÉ DE VIENNE

Service du Professeur L. von Schroetter.

« Monsieur et très honoré Confrère,

« Sur le désir de notre chef, nous avons l'honneur de vous adresser le questionnaire suivant, auquel vous voudrez bien répondre, ce qui nous obligerait infiniment.

« Nous nous livrons, depuis plusieurs mois, à une enquête aussi complète que possible sur l'existence du *sclérome*, non seulement en Autriche-Hongrie, mais encore dans les autres Etats, en nous basant sur les renseignements officiels.

« Nous nous permettons de faire appel à vos lumières et nous vous prions de bien vouloir nous communiquer une liste aussi exacte que possible, des cas de sclérome que vous auriez observés personnellement où qui auraient été soignés dans votre service, en insistant surtout sur les points suivants :

« 1^o Quel est l'organe affecté ? En cas de sclérome multiple (nasopharyngo laryngo-trachéal), quel a été le foyer initial ?

« 2^o Profession, nationalité et confession.

« 3^o Désignation précise du pays d'origine et de l'endroit habité par le malade.

« 4^o Signaler les particularités pouvant aider à dresser une statistique aussi exacte que possible.

« Nous aurons l'honneur de vous communiquer ultérieurement les résultats de nos recherches.

« Etant donné le but scientifique de notre enquête, nous espérons que vous accueillerez favorablement notre demande et contribuerez à élucider cette importante question.

« Agrérez, Monsieur et très honoré Confrère, avec nos remerciements anticipés, l'expression de nos sentiments distingués. »

Le docteur Friedmann, qui pendant les vacances avait parcouru d'après mes indications une bonne portion de la littérature, se trouvant occupé à rédiger d'autres articles, me remit le résultat de ces recherches en octobre 1899, mais par malheur, ce fut seulement pendant l'été de 1900 que je pus m'occuper plus complètement de ces études. Toutefois je n'avais pas perdu de vue mon sujet, ainsi qu'on peut s'en convaincre à la lecture des mémoires sur le sclérome publiés par Monnier, Reinhard, Majewski.

J'avais annoncé une communication intitulée « Recherches géographiques et statistiques sur l'existence du sclérome en Europe » à la section d'anatomie pathologique du Congrès International de médecine de Paris, ainsi qu'à la même section de la réunion des naturalistes et médecins allemands à Aix-la-Chapelle, mais des motifs particuliers m'ont empêché de prendre part à ces Congrès.

Jusqu'au commencement de 1900, mon enquête épistolaire eut un résultat assez satisfaisant, puisque par ce moyen on nous communiqua 60 cas inédits ; je profite de l'occasion pour remercier encore ici les confrères qui ont pris la peine de m'apporter leur concours en me promettant aussi de me tenir au courant de leurs découvertes ultérieures.

En dehors de cela, Róna a publié dans les *Archiv. für Dermatologie und Syphilis* (Bd. 49, Heft 2) une étude remarquable qu'il m'adressa en réponse à mon questionnaire avec quelques notes complémentaires. Ce travail concerne uniquement la présence du sclérome en Hongrie, mais c'est la première fois qu'on a tenté de définir le mode d'expansion de la maladie dans une contrée délimitée.

Róna signale la difficulté de la décision, quant à savoir si le lieu de naissance ou la résidence habituelle jouent un rôle actif dans la question ; il est malaisé de s'en rendre compte, la plupart des renseignements obtenus en la matière étant incomplets. Ce qui me semble peu approprié, c'est son mode de reproduction graphique où il figure les arrondissements politiques (Comitate) dans toute leur étendue par des hachures uniformes, quel que soit le lieu d'origine du malade. Sa statistique ne comprend pas l'ensemble des malades hongrois

traités dans les cliniques de Vienne et de Graz ; il s'est borné aux malades soignés à Budapest. C'est seulement dans l'avenir qu'on sera fixé sur le nombre des cas de sclérome observés dans les diverses régions de la Hongrie.

En avril 1900, c'est-à-dire environ sept mois après l'expédition de ma circulaire, Frankenberger, en guise d'introduction à une observation de sténose trachéale, nous donne une statistique de tous les cas de sclérome publiés en Bohême et en Moravie, en les groupant d'après le système géographico-statistique dont j'avais signalé la valeur dans mon questionnaire. J'ai relevé la date de cette publication, Frankenberger ayant éprouvé la nécessité de réclamer une priorité ou plutôt son indépendance vis-à-vis du mémoire de Róna. Les recherches bibliographiques au sujet du lieu de naissance et de la résidence des malades ont amené Frankenberger à conclure que le sclérome des voies respiratoires est surtout répandu dans les steppes de la Russie et de la Pologne et dans les vallées et les plaines de la Moravie. Quant à la Bohême, selon l'auteur, les résultats seraient différents. Frankenberger m'a soulagé d'une partie de ma besogne en réunissant de précieux renseignements ; mais le total de ses observations peut être considéré seulement comme approximatif, car il a forcément passé sous silence les cas assez nombreux observés à Vienne, la plupart originaires de la Moravie mais quelques-uns aussi de la Bohême.

Ensuite Baurowicz inséra dans l'*Archiv. für Laryngologie* (Bd. 10, H. 3) un beau travail clinique se rapportant à la Galicie, auquel il annexa une esquisse cartographique comprenant les provinces voisines de la Russie, de la Pologne et du Nord de la Hongrie. On voit par là que si l'affection est répandue sur toute la Galicie, elle se rencontre surtout dans certains districts de l'Est. Mais des interprétations plus nettes sur les lieux de naissance, la résidence et les occupations des malades, etc., font défaut.

Pour l'Empire allemand enfin, on trouve dans le même recueil que le précédent travail, le premier rapport sur la fréquence de l'affection en Prusse, dû à la plume de Gerber, dans lequel cet auteur, en s'appuyant sur le question-

naire de notre Clinique, se déclare aussi partisan de la reprise d'une étude plus approfondie de la propagation du sclérome.

L'attention de l'auteur ayant été éveillée par un total de dix malades soignés à sa Polyclinique de Königsberg, il signala la nécessité de mesures prophylactiques au ministère prussien de l'instruction publique qui prit immédiatement l'affaire en mains et ordonna une enquête sur la fréquence de l'affection, surtout dans le district de Gumbinnen; où on fournit aux médecins cantonaux une courte description des principaux signes de la maladie rédigée par Gerber.

Nous sommes heureux que nos idées aient rencontré un terrain propice en Allemagne, puisque de deux côtés on s'est mis au travail.

Je me suis aussi étendu plus à loisir sur le côté du développement historique de ces efforts, attendu qu'il serait à désirer qu'on sût que c'est en Autriche, ainsi que Ganghofner le fit déjà remarquer, que le sclérome a été reconnu pour la première fois et qu'il y a été l'objet de nombreuses études scientifiques. A côté de la Russie, c'est l'Autriche qui fournit le plus grand nombre d'observations actuellement connues.

Je veux jeter maintenant un coup d'œil d'ensemble sur *l'étude systématique de la maladie et de son expansion*.

D'après un grand nombre d'observations, on pourrait conclure que l'affection tire son origine de centres définis où elle règne à l'état endémique et que de là elle *se propage*. Mais les idées ayant eu cours jusqu'alors, suivant lesquelles le sclérome n'habite que certains territoires, perdent tous les jours du terrain au fur et à mesure qu'on rencontre la maladie dans d'autres pays et chaque nouvelle observation, recueillie dans une localité indemne jusque-là, incline à faire admettre que le sclérome, bien que n'affectant souvent qu'une forme sporadique, est *répandu dans presque toute l'Europe* ⁽¹⁾; une carte dont je m'occupe aidera à la compréhension de ces faits et les expliquera sous une forme frappante.

Il est avéré que certaines contrées telles que la Galicie et les

(1) Il n'est, dans ce mémoire, pas question de l'Amérique ni des cas isolés observés en Egypte et aux Indes orientales.

provinces méridionales et occidentales de la Pologne se trouvent dans des conditions prédisposantes et qu'elles fournissent un contingent prédominant à la maladie. Le fait que, dans ces derniers temps, le sclérome a été diagnostiqué aussi dans d'autres pays que l'Empire austro-hongrois et la Russie ne peut modifier cette constatation ; car ce sont ces régions qui approvisionnent en majeure partie les endroits où le sclérome a été observé. L'avenir démontrera si la *forme endémique* est provoquée par des phénomènes géologiques et météorologiques, si elle dépend de la manière de vivre, ou si ces deux facteurs doivent être incriminés ; et j'expliquerai la façon la plus exacte de poursuivre cette catégorie de recherches.

Je veux uniquement m'occuper ici du pays d'origine, la Styrie, de la malade que nous soignâmes à Vienne, ce qui nous amène à revenir sur les résidences et les pérégrinations de cette femme. Celles-ci sont indiquées sur la carte reproduite à la page 255 par des chiffres arabes signalant les diverses stations effectués.

Ainsi que nous l'avons dit, la malade naquit à Ober-Limbach (1), au voisinage de la frontière styrienne, et, jusqu'à sa seizième année, elle se plaça en qualité de servante ou de fille de ferme dans les environs de son pays natal en Hongrie. Ensuite la jeune fille se rendit en Styrie, à Saint-Georges (2), où elle passa environ quatre années avec une interruption de dix-huit mois pour retourner chez elle ; de là elle gagna Sainte-Anne (3) où elle séjourna près de deux ans. Alors elle alla à Zelting (4), puis à Radkersbürg (5) et Obraïna (6) ; elle ne demeura que quelques mois dans chacune de ces localités. Elle séjourna plus longtemps à Weichselbaum (7) en condition, puis resta six mois à Diepersdorf (8) et à Mureck (9) ; c'est là qu'elle devint enceinte.

A partir de là elle servit à de courts intervalles dans des endroits divers : Marbürg (10), Tillmitsch près Leibnitz (11), Heiligenkreuz am Waasen (12) et Waltendorf près Graz (13) ; de là, après un bref séjour, elle vint à Vienne où peu de temps après ses couches, elle souffrit tellement qu'elle entra à la clinique.

Si nous tenons compte des renseignements fournis par la

malade, lors de son admission, sur le début des accidents, il est presque certain qu'on peut faire remonter l'origine de l'affection à son séjour à Mureck, tout en admettant bien entendu l'existence de symptômes antérieurs ayant évolué sans causer le moindre trouble, au cours d'un séjour dans une des localités sus-nommées de la Styrie méridionale. En tout cas nous devons admettre que *la maladie a été contractée en Styrie*, fait corroboré — ainsi que nous l'apprend un coup d'œil jeté sur la carte — par le fait que la contrée où sont situés les villages en question a donné naissance à d'autres cas de sclérome.

Peu importe que notre malade ait vu le jour en Hongrie, car même si nous supposons, ce qui du reste ne reposerait sur aucun fondement, que son frère eût été atteint de sclérome, les accidents n'éclatèrent qu'à un intervalle tellement lointain, qu'il ne saurait plus exister aucune corrélation. Nous avons donc affaire à un cas où ce ne sont pas les conditions d'existence ni de naissance qui ont engendré la maladie, mais plutôt les vicissitudes d'une vie vagabonde ultérieure. Si le séjour, dans des endroits voisins des confins de la Slavonie, favorables à une propagation du sclérome, a pu exercer une influence quelconque, il faut faire remarquer aussi que la malade est issue d'une famille slave « windisch », ce qui n'est pas dénué d'intérêt au point de vue de la résolution des questions posées, d'autre part des observations faites par Habermann démontrent l'endémicité du sclérome en Styrie.

Sur 8 cas observés à Graz par le Prof. Habermann et au sujet desquels il a eu l'amabilité de nous donner des renseignements, deux malades étaient originaires de la Hongrie, l'un d'Ori Szent Peter, près Saint-Gotthardt, l'autre de Brezye, près Czakaturn ⁽¹⁾; tandis que les 6 autres étaient nés et vivaient en Styrie. On verra par la carte ci-jointe qu'il ne s'agit pas d'une région étroitement circonscrite, mais de localités très éloignées les unes des autres. Trois des malades : une servante de 20 ans, de Murberg-Neusatz (1), un tailleur de 19 ans,

(1) Une autre malade, originaire du même village, a été soignée au printemps dernier à la clinique laryngologique de Vienne.

de Radkersburg (II), et un valet de 25 ans, de Rogaiz près Marburg (III), tous affectés de sclérome nasal, rhino-pharyngien et laryngé, étaient Slaves, race sur laquelle cette affection sévit avec prédilection, ainsi que l'ont déjà fait remarquer divers auteurs parmi lesquels Wölfler.



Figure 7.

Ebauche de la carte de Styrie. Les chiffres se rapportent aux noms des endroits cités dans le texte.

Mais les trois autres malades étaient des Allemands, ce qui a d'autant plus d'importance au point de vue de la répartition du sclérome parmi la population née en Styrie, que celle-ci est composée en majeure partie d'éléments allemands, environ 60 % contre 30 %.

Les dernières observations concernent un mineur de 25 ans, de Fohnsdorf près Knittelfeld (IV), et une servante de 16 ans, de Krottendorf, près Voitsberg (V), tous deux porteurs de sclérome nasal, rhino-pharyngien et laryngé, et un homme de peine de 50 ans, de Premstetten, près Graz (VI), sur lequel on constata, outre les localisations précitées, des manifestations trachéales.

En dehors de cette casuistique, on connaît encore trois autres observations, de sorte que nous arrivons aujourd'hui à un total de 10 cas y compris le mien.

Schloffer a signalé en 1894 le cas d'un Slovène âgé de 30 ans (VII) qui, de même que le malade de l'observation (II), était né à Radkersburg et y habitait; Heindl a soigné à la polyclinique de Vienne une femme de 37 ans, originaire de Woritschau (VIII); enfin on traita à la clinique laryngologique de Vienne un garçon de café âgé de 20 ans, affecté d'un sclérome nasal, rhino-pharyngien et laryngé, qui arrivait aussi de Styrie; mais par malheur je ne possède aucun détail sur ce cas.

Si nous regardons la carte, nous voyons que l'affection s'est propagée le long du cours de la Mur, et qu'elle est surtout cantonnée dans la contrée où la rivière abandonne les confins du pays; il est vrai que nous sommes ici sur une des grandes voies de communication de la Hongrie et de la Slavonie.

Les mêmes remarques s'appliquent ou pour mieux dire s'appliqueront aussi à d'autres provinces de notre Empire et même à d'autres Etats européens que ceux que l'on connaît jusqu'ici. A ce propos, je ferai observer que les intéressants développements que Secrétan donna en 1894, à la suite de la publication de son cas, démontrent la présence certaine du sclérome en Suisse. Ici je me suis occupé plus exclusivement de la Styrie, parce que c'était le pays d'origine de ma malade. J. L. Mais nous serons entraînés, je crois, à d'autres réflexions, si

nous pénétrons plus à fond les conditions d'existence de notre malade.

Après son séjour à l'hôpital (15 décembre 1897-2 février 1898), la fille ne regagne pas ses foyers, mais reste à Vienne où elle remplit divers emplois. En dernier lieu elle habite pendant une semaine le IX^e arrondissement, puis le XIX^e arrondissement où elle exerce pendant plusieurs mois la profession de blanchisseuse; et pendant ce temps, ainsi que nous l'avons dit plus haut, on put la considérer comme temporairement rétablie. Lorsque l'infiltration se montra pour la première fois dans la région des cordes vocales, la malade travaillait dans une blanchisserie du XVIII^e arrondissement; à cette époque elle toussait beaucoup. Après l'ablation de ces végétations, pratiquée en décembre 1898, la malade continua à séjourner dans les mêmes milieux, puis elle s'installa pour peu de temps dans deux points différents du II^e arrondissement et enfin se plaça comme domestique dans une famille ayant six enfants, du XX^e arrondissement, où elle était en contact avec tout le monde. Elle y resta environ neuf mois; pendant ce temps, la récurrence laryngienne se développa et la malade avoua qu'à l'automne elle avait parfois, au cours de violentes quintes de toux, expectoré des particules fermes. Depuis le mois de janvier 1900, elle échappa à notre contrôle, les accidents ayant seulement reparu au cours des dernières semaines, et actuellement, tandis que nous la traitons, elle sert de nouveau chez un cordonnier du XX^e arrondissement. Maintenant, comme nous l'avons dit, la malade vient tous les trois ou quatre jours à la clinique, afin d'obtenir par la compression méthodique un résultat durable consécutif à l'extirpation des végétations occupant la corde vocale gauche et le début de la trachée.

Si la plupart des scléromateux soignés dans les cliniques viennoises retournent dans leur pays après avoir subi un traitement qu'ils apprennent à continuer eux-mêmes pendant quelque temps, il y en a qui pour des motifs particuliers prolongent leur séjour à Vienne ou y trouvent une occupation fixe. Notre malade offre l'exemple d'une personne atteinte de sclérome s'établissant à Vienne, y important la maladie et

pouvant, dans certaines conditions que je décrirai, contaminer son entourage.

Quant à la prédilection de la maladie pour les voies aériennes il nous faut admettre très vraisemblablement que l'infection s'installe par la respiration et se localise d'abord aux couches muqueuses superficielles, et que par conséquent les crachats, les sécrétions nasales et buccales, de même que des fragments détachés du revêtement épithélial affecté, renfermant souvent une quantité considérable de bacilles, peuvent favoriser la contagion.

Le fait que nous ne possédons actuellement aucun renseignement précis sur le *mode de propagation* ne doit pas nous engager à abandonner cette étude et à ne pas faire attention aux cas isolés qu'on rencontre dans la foule des grandes villes, attendu que l'évolution et les manifestations variables de la maladie nous enseignent que l'infectiosité encore inconnue, peut s'accroître temporairement tout à coup. On comprendra que les cas qui guérissent spontanément ou dans lesquels le traitement provoque l'induration des infiltrations et la guérison partielle ou la transformation en tissu conjonctif, ne méritent guère d'être pris en considération au point de vue de la contagion, bien qu'il faille de nouveau faire observer ici que des cas présentant les symptômes précités soient souvent accompagnés de la production de nombreuses croûtes et de masses sécrétantes. Il peut surgir une recrudescence du mal et alors apparaissent des masses granuleuses molles, qui, ainsi que Pawlow l'a déjà remarqué, affectent souvent une apparence papillomateuse et s'émiettent facilement ; dans ces conditions, on admettra un degré élevé de propension à la contagion de la maladie.

Remémorons-nous que notre malade, au moment où elle servait dans la famille de six enfants, expectorait des particules qu'on aurait eu le droit de regarder comme des véhicules d'infection ; il faudra toujours être en garde contre ces faits.

A l'exposé de ces craintes, on pourrait objecter que la contagiosité de l'affection ne peut être prouvée avec certitude et ne semble pas offrir grand danger en l'état actuel de nos connaissances. Je ferai observer en passant qu'on n'a

constaté à l'hôpital aucun cas d'infection soit d'autres malades, soit dans le personnel⁽¹⁾; bien qu'on n'ait, jusqu'ici, pris aucune mesure pour isoler ou surveiller attentivement les malades circulant dans les salles, vu que la plupart du temps ils ne gardent pas le lit et sont constamment en contact avec d'autres individus. Nous autres médecins montrons aussi une insouciance absolue dans le traitement de ces maladies et négligeons de prendre aucune précaution afin de nous soustraire au péril d'une contagion par l'expectoration.

D'autre part, il faut insister sur ces cas exceptionnels (environ 1 % de la totalité des observations connues jusqu'ici) où la maladie attaque des frères et sœurs qui se trouvent dans certaines conditions externes particulières. Baurowicz en signale deux exemples, un chez deux sœurs, l'autre chez deux frères; Secrétan rapporte l'observation de deux frères, et Robertson celle de deux sœurs. Notre malade, J. L., raconte aussi que son frère a présenté des phénomènes analogues à ceux dont elle souffre depuis longtemps. Il va sans dire que j'ai cherché à examiner le frère et que j'espère y réussir bientôt.

Je citerai encore un fait qui n'est pas indifférent au point de vue de l'importance des facteurs externes et qui consiste en l'occurrence simultanée de deux ou plusieurs cas de sclérome dans la même localité; nous avons signalé cette particularité à Radkersbürg en Styrie.

Enfin on se souviendra combien autrefois, au sujet de l'endémicité de la lèpre, on avait émis des doutes sur les dangers de contamination, jusqu'à ce qu'Arning eût démontré sur un condamné à mort, d'une façon indubitable la contagion à l'homme. On se souviendra que le sclérome est plus inégalement réparti en Europe que la lèpre qui est confinée sur des côtes déterminées.

Ayant adopté les migrations et la résidence permanente de notre malade à Vienne comme sujet de nos considérations, je veux, d'après mon expérience actuelle, parler de l'existence

(1) Je ne trouve pas prudent d'employer, comme infirmière, une malade atteinte autrefois de sclérome du nez, des lèvres, de la voûte du voile du palais, ainsi qu'on l'a fait dans une clinique étrangère.

du sclérome à Vienne et dans ses environs immédiats et tâcher de savoir si la maladie se développe dans notre capitale sans qu'une propagation d'autres endroits puisse être démontrée.

Pour confirmer la véracité de ce que des *émigrants atteints par le mal résident à Vienne*, je rapporterai une observation plus ancienne ayant trait à une femme, M. K., affectée de sclérome nasal et palatin, née à Müglitz en Moravie, puis le cas du ramoneur Ch. J. qui vint à Vienne de Grabenau en Croatie pour exercer son métier; je citerai encore un taillandier ayant habité longtemps Vienne mais originaire des environs de Freiwaldau, en Silésie; un coiffeur de 22 ans, J. S., venu de la Galicie, et qui après le traitement fut employé dans le II^e arrondissement; de même qu'un forgeron, K. W., que je soignai l'été dernier et qui travaille aujourd'hui près de Vienne, à Purkersdorf; enfin une jeune fille d'origine morave qui habita pendant quelque temps le XVI^e arrondissement une malade de 20 ans, B. A., qui vint à Vienne se faire soigner et demeure actuellement dans le IX^e arrondissement ainsi que d'autres encore.

Les *environs de Vienne* nous fourniront plusieurs sujets. D'Eckartsau, vint une jeune fille de 18 ans, K. S., atteinte de sclérome naso-laryngien. Aspern sur le Danube, village sis sur les confins de la périphérie viennoise, nous envoya un cocher, S. J., qui avait déjà été soigné en 1890 à notre clinique et dont, à l'époque, Juffinger avait relaté l'observation.

Abstraction faite d'un cas observé en 1877, à Vienne, concernant une femme de 25 ans mariée à un ferblantier du XVII^e arrondissement, nommée K. (W.) M., dont l'observation ne put être poursuivie, nous pouvons citer comme preuve que le sclérome s'est *développé primitivement dans la capitale*, l'observation recueillie en 1895 sur la femme d'un ouvrier, âgée de 35 ans, catholique, K. M ⁽¹⁾, née et domiciliée, dans le XI^e arrondissement, dont L. v. Schroetter parle à la page 55 de son traité et chez qui le diagnostic exact aplanit certaines difficultés. Je ne puis m'empêcher de reproduire, à la suite de

(1) Les deux cas sont différents, ce qu'on ne saisit pas tout d'abord, les initiales des noms étant les mêmes.

l'observation de la malade suivie du 7 octobre au 22 décembre 1893, par L. v. Schroetter, le résultat de l'autopsie que je dois à l'obligeance du Prof. Paltauf et qui est très instructif, le nombre des cas de sclérome soumis à la nécropsie étant infime jusqu'à présent.

Environ deux ans et demi après avoir quitté notre clinique, la malade entra le 8 mai 1898, pour des troubles dyspnéiques graves à l'hôpital Rodolphe de Vienne. Elle ne peut fournir aucun renseignement sur son état dans la période écoulée depuis que nous la soignons. A son arrivée elle porte une canule, ayant été trachéotomisée dix ans auparavant* à la polyclinique de Vienne ⁽¹⁾; mais la respiration est très bruyante et irrégulière.

La malade est très amaigrie, elle ne montre plus que des os et se blottit dans son lit avec des spasmes dans les articulations des hanches et des genoux et en fléchissant les pieds, elle réclame une injection en des termes à peu près incompréhensibles et au moyen d'une mimique animée. Les extenseurs des deux avant-bras et du tiers inférieur des deux bras, ainsi que la peau des extrémités inférieures, sont le siège de croûtes d'un gris sale très accentué, environnées d'une aire d'un rouge bleuâtre. Ces altérations sont attribuables aux injections de morphine. La malade succomba à quatre heures et demie du matin.

Autopsie le 10 mai 1898.

Sclérome laryngo-trachéal et sténose des bronches. Bronchite chronique. Phtisie pulmonaire, fibreuse, pariétale. Pneumonie lobulaire chronique et aiguë; emphysème marginal. Tuberculose granuleuse chronique.

Femme de taille moyenne, élancée, considérablement amaigrie et épuisée; coloration générale très pâle; l'avant-bras droit est recouvert de nombreuses croûtes très adhérentes, sous lesquelles on trouve des cicatrices pigmentées ou des abcès en voie de cicatrisation; sur l'olécrâne on rencontre encore plusieurs abcès gros comme des noix, remplis de pus épais, dont le voisinage ne présente aucun phénomène. Sur le cou, fistule trachéale rétractée où est insérée une canule. Thorax étroit, abdomen contracté. Le tissu cellulaire sous-cutané est totalement privé de graisse; musculature faible; glande thyroïde petite, colloïde.

(1) Voir L. v. SCHRÖTTER Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre, p. 53, 1896.

Une partie du *poumon gauche*, en particulier dans la région du lobe inférieur, présente de nombreuses adhérences et rétractions ; le lobe supérieur est libre. Celui-ci très dilaté, d'aspect rudimentaire, porte des groupes de nodules gris surtout sur le bord antéro-inférieur qui est aussi traversé par des infiltrations lobulaires d'un gris maculé. On en rencontre d'analogues dans le lobe inférieur associées à de nombreuses infiltrations broncho-pneumoniques. Dans les bronches, on trouve du pus épais, d'un jaune clair ; la muqueuse des bronches est rouge.

Le *poumon droit*, de dimension très vaste, est fixé par des pseudo-membranes fibreuses et montre des traces de cicatrices profondes ; la plèvre est épaissie et de vigoureuses pseudo-membranes s'y insèrent ; entre les rétrécissements font saillie des portions très emphysémateuses d'aspect vésiculaire grossier, ainsi que des vésicules emphysémateuses du volume de petits haricots ; en d'autres endroits, tels que sur le bord des parties condensées des poumons, on remarque l'existence d'exsudats fibreux et d'un tissu néo-végétant.

A la section, le tissu pulmonaire est moins pneumatisé et par places fortement condensé et privé d'air, grisâtre, parsemé de trajets de tissu conjonctif blanc, issus en partie des régions rétractées de la plèvre, et d'autre part des bronches hypertrophiées. Dans le lobe inférieur, et surtout à son extrémité et à la base, on découvre, à la section, deux endroits de la dimension d'une monnaie de un florin, dont le centre est formé par plusieurs couches de tissu fibreux, dense, d'où s'irradient des trajets blancs ou même noirâtres de tissu conjonctif pigmenté. A la base du lobe supérieur et s'engageant dans sa partie médiane, jusqu'à la périphérie antérieure, le tissu pulmonaire est privé d'air et traversé par des cordons de tissu conjonctif blanc. Les bronches sténosées sont violemment hypertrophiées ; les tissus inclus sont plus rares, en partie gris rougeâtres ou gris blanchâtres, condensés, privés d'air, absolument fibreux du côté de la plèvre. A la pointe et au-dessous, existe une caverne du diamètre d'une noisette, à parois lisses, environnée de tissu pulmonaire condensé. Dans le gros lobe moyen à la périphérie et vers la pointe, on remarque des foyers d'hépatisation gris rouges, lobulaires nettement granulés, et, comme dans les portions basales du lobe inférieur on trouve des nodosités blanches ou gris blanchâtre variant de la dimension d'un grain de millet à celle d'un grain de chènevis, qui disséminées, par ci par là, forment aussi des groupes.

Le poumon gauche présente des altérations identiques, on y

rencontre également des trajets de tissu conjonctif issus des groupes de bronches à parois épaissies, des parties fibreuses sur des infiltrations lobulaires ; les bords boursoufflés et emphysémateux et les bronches entièrement revêtues d'une muqueuse hypertrophiée d'un rouge sombre.

La muqueuse pharyngée, de même que celle du palais, est lisse et d'un gris rouge ; les amygdales sont petites. La muqueuse épiglottique délicate ; les replis ary-épiglottiques raccourcis, accolés, et si plissés au milieu, que l'entourage du larynx est resserré, et la muqueuse le recouvrant repliée vers l'intérieur du larynx ; les cartilages aryténoïdes durcis et d'aspect blanchâtre. Le *larynx* est réduit à l'état de fente cicatricielle étroite ; à son extrémité inférieure se trouve une fistule trachéale vers laquelle la portion antérieure de la trachée se trouve un peu relevée et attirée. La *trachée*, ouverte par derrière, offrant une épaisseur de 8 à 9 millimètres est rigide, parsemée de trabécules osseux et de boucles ; la surface est comme tricotée et cicatricielle à sa moitié supérieure. Au milieu, on remarque du côté gauche, posée en travers, une ulcération en forme de fissure, mesurant 1 centimètre de long sur un demi-centimètre de haut dont les bords sont revêtus d'épithélium blanchâtre ou portent des indurations bosselées d'un rouge sombre ; de plus on distingue sur le bord antérieur et gauche des protubérances ascendantes verruqueuses s'aplanissant progressivement. Au-dessous, la trachée s'élargit un peu, devient grisâtre, mais ses parois sont toujours épaisses et rigides ; la surface est lisse ou inégale, en partie semblable à une écorce d'arbre, et reconnaissable uniquement au-dessus de la débiscence de la première bronche par l'aspect de sa muqueuse normale. Au-dessus de la bronche gauche siègent deux ulcérations l'une ronde, l'autre en forme de fissure ; la bronche affecte aussi la même consistance d'écorce d'arbre irrégulière, revêtue de croûtes et à parois rigides. Quant à sa ramification, elle est rétrécie, la muqueuse est revêtue d'un épithélium, hypertrophiée, et seules la bronche principale du lobe inférieur et les ramifications du lobe supérieur offrent des vestiges de muqueuse normale. Sur la bronche droite également rétrécie, à paroi rigide épaissie, soudée intimement au tissu conjonctif adhérent, les anneaux cartilagineux sont confus, calcifiés, représentent une trompe rigide, dont la face interne est cicatricielle, lisse, sans présenter de particularités de la muqueuse ; c'est seulement assez au fond de la grosse bronche que la muqueuse normale commence. A la section des bronches de plus grand calibre, les anneaux cartilagineux n'apparaissent que confu-

sément. Les glandes lymphatiques du médiastin postérieur, du côté de la trachée, sont hypertrophiées et en partie le siège d'une induration blanche, tandis que, d'autre part, elles sont pigmentées de noir.

L'enquête la plus circonstanciée effectuée à cette époque, apprit que la malade était née à Vienne et n'avait jamais quitté la ville. On ne put savoir si elle avait contagionné quelque personne de son entourage ou propagé l'affection. D'après les antécédents de la malade, bien que ce cas constitue une exception, on peut admettre *que le sclérome, de nature sporadique il est vrai, s'est développé et existe à Vienne.*

Nous avons fait en 1897 une remarque intéressante qui apporte de la lumière sur les conditions extérieures de la contagion de la maladie et qui renforce un argument exposé à la page 266, attendu qu'il démontre que le séjour dans un pays où depuis longtemps on enregistre la présence fréquente du sclérome, favorise la préhension de la maladie. Une couturière de 23 ans, catholique, native de Vienne, passe ensuite plusieurs années à Teltsch en Moravie, où elle contracte le sclérome pour lequel elle vient consulter à la clinique; elle nous quitte bientôt améliorée pour retourner chez elle.

Le *danger de contamination* n'est pas limité à Vienne, il s'étend aussi à *d'autres grandes agglomérations* étant donné que les malades fréquentent les cliniques des grandes villes et sont attirés dans la capitale dans divers buts.

A part certaines cités de notre Monarchie telles que Cracovie (Pieniazek, Baurowicz), puis Prague (Pick, Janowsky, Honl, Frankenberger, Vymola, ce dernier à propos d'un individu né à Prague) et Budapest (v. Navratil, Polyak, Rona, Baumgarten, ce dernier ayant relaté l'observation du premier cas vérifié à Budapest même sur un malade de 44 ans n'ayant pas bougé de la ville depuis 18 ans); parmi les pays étrangers, la Russie vient en première ligne suivie, d'après les recherches les plus récentes, de quelques villes universitaires allemandes; je ne m'occupe pas ici de l'Italie (Naples et d'autres villes) ne possédant pas encore de données assez précises à ce sujet.

Pour la Russie, Nikitin ⁽¹⁾ décrit des cas observés à Saint-Petersbourg, Stepanow, Nikiforow, Pospelow ⁽¹⁾ parlent de malades moscovites ; Srebrny ⁽¹⁾ et v. Kosinsky ⁽¹⁾ consignent des observations faites à Varsovie ; et Wolkowitsch nous a renseigné sur ce qu'il a vu à Kiew.

Pour l'Empire allemand, Neisser ⁽¹⁾ Kayser ⁽¹⁾ Gottstein, Henle ont fait des observations à Breslau ; Schoetz, Heermann, Sturmman, Joseph, Mayer ont rapporté des cas vus à Berlin, Lemcke a soigné deux malades, l'un originaire de la Prusse occidentale, l'autre du Mecklembourg. Ainsi que nous l'avons dit, Gerber a rencontré et étudié à Königsberg dix cas de sclérome, dont l'un concernant la femme d'un ouvrier âgée de 45 ans, née à Königsberg permet des conclusions semblables à celles que nous avons adoptées pour l'observation de Vienne ci-dessus mentionnée. La question de la propagation de la maladie venant des districts scléromateux de la Pologne occidentale, que l'auteur envisage comme le berceau de l'affection, acquiert, étant donné le peu de distance séparant ces régions de Königsberg, d'autant plus de poids que cette ville sert fréquemment de passage aux voyageurs se dirigeant vers l'Allemagne. En tout cas les recherches en cours sur la propagation de la maladie dans les provinces prussiennes éclaireront d'un jour nouveau la question. Dans l'immensité de Londres, sauf quelques observations de Lennox Browne ⁽²⁾ je crois qu'un seul cas avéré a été vu en 1884 par Sir F. Semon qui l'a décrit en collaboration avec Payne ; le malade âgé de 18 ans, originaire du Guatemala fut adressé de Paris au spécialiste londonien. Pour finir, mentionnons les cas publiés dans la capitale française par Péan, Besnier et Castex.

D'après toutes ces contradictions, on trouvera naturel que, suivant les indications de mon maître, dès l'époque où j'adressai mon questionnaire à mes confrères en spécialité, j'aie entrepris non seulement sur des bases scientifiques, mais surtout au point de vue *clinique* et *épidémiologique* l'étude du

(1) Informations fournies par lettres.

(2) Je n'ai pu prendre connaissance des textes originaux.

scélérôme, parce que le sujet mérite l'attention, vu qu'il s'agit de la propagation non encore reconnue du mal et de sa contagiosité qui aurait une *importance considérable au point de vue social*.

Il est surprenant qu'à une époque où l'étude des maladies infectieuses représente un des foyers de nos tendances, qu'en un temps où nous accordons tant d'intérêt à la lèpre beaucoup moins répandue, le scélérôme disséminé sur de vastes territoires si divers ait été traité si dédaigneusement, bien que d'autre part, il faut avouer qu'il n'a pas autant de gravité et qu'il n'offre pas les mêmes dangers que la malaria, la tuberculose ou la peste. On sera particulièrement surpris que l'étude du scélérôme dans le pays où le mal a été étudié pour la première fois — constitué par les provinces de Galicie, Bukovine, Moravie, Silésie, Bohême, Basse-Autriche, Styrie, Carinthie, Carniole, Hongrie, Slavonie, Croatie, Transylvanie⁽¹⁾ dont la plupart ont fourni un fort contingent de malades, — n'ait pas encore attiré l'attention de nos pouvoirs publics.

Ayant reconnu que seule la collaboration plus étendue des médecins, c'est-à-dire celle des médecins cantonaux établis dans les régions contaminées, pourrait nous renseigner utilement sur la situation locale, j'ai réclamé dans ma circulaire un appui officiel.

On se livrera d'abord à une recherche exacte des cas supposés scélérômoteux pour pouvoir entreprendre des études plus précises sur les *conditions géographiques et statistiques* ainsi qu'on s'enquerra du caractère provincial et local des régions et des *particularités géologiques et climatologiques*.

La différence de niveau au-dessus de la mer de la Podolie (50 à 200 m.) avec celle de Lourtrier, dans la vallée de Bagnes (1.100 m.) dont les deux frères soignés par Secrétan étaient originaires, est frappante.

Il faudra se documenter minutieusement sur la *nationalité*, l'*âge* et le *sexe*, et s'inquiéter des *influences des eaux souterraines*, de l'*eau potable*, de la *nourriture*, puis de l'*habitation*

(1) Le Dr Kohler m'a informé qu'on n'avait encore observé aucun cas en Bosnie.

et des vêtements ainsi que des occupations et du contact avec les animaux. On s'inquiétera aussi de rechercher les lieux d'origine à propos de certains malades, tels que la nommée M. P. dont nous avons parlé plus haut et qui avait certainement contracté le sclérome à Teltsch, en Moravie.

Beaucoup des points demeurent encore obscurs. On a remarqué que la maladie avait une prédilection pour les vallées des grands fleuves et les plaines et que la race slave y était surtout sujette ; la race juive ne me semble particulièrement affectée qu'en apparence, vu que dans les contrées où on rencontre le plus de malades, un grand nombre de juifs sont implantés ; la lésion peut attaquer non seulement des adultes d'âge moyen, mais aussi des enfants ainsi que le démontrent les observations de Juffinger (clinique de Schroetter) et de Baurowicz, la première concernant un enfant de 7 ans, l'autre un enfant de 11 ans, et le cas d'une fillette de 12 ans, R. M. de Triglas chez qui j'eus en mai 1900 contrôler le diagnostic par l'examen bactériologique d'un fragment excisé.

Quant au *sexe*, malgré les chiffres des diverses statistiques, il semble qu'il n'existe aucune prédominance pour l'un ou pour l'autre.

Il va sans dire qu'il faudra tenir compte des *antécédents* et des *tares acquises*. L'hérédité exerce peut-être une certaine influence et ces études permettront de jeter un coup d'œil sur la disposition de l'organisme et en particulier des muqueuses favorisant la pénétration du virus et son développement ultérieur.

Au sujet des *influences professionnelles*, nous sommes aussi peu renseignés que possible, et je ne fatiguerai pas le lecteur par l'énumération des diverses catégories d'occupations. Sécrétan attribue son troisième cas à ce que la femme triait des boyaux desséchés expédiés en Suisse de Hongrie et de Russie, d'autres ont rapporté la contamination au contact avec des animaux domestiques en voie de dépérissement. Kastner a cru trouver dans son cas de rhinosclérome la cause dans une lésion produite avec une paille. Quant à savoir si la préparation de l'indigo favorise l'éclosion de microorganismes en rapport avec le processus scléromateux ainsi qu'on l'a cru d'après des

recherches effectuées dans l'Amérique Centrale (Alvarez), rien n'est encore démontré à ce sujet.

On sait qu'en général, les malades vivent dans de *mauvaises conditions hygiéniques*, bien que l'on puisse citer quelques exceptions où l'affection se soit attaquée à des individus d'une classe supérieure; je remémorerai le cas de Morelli inhérent à un jeune homme de 27 ans, né à Vienne et élevé à Budapest, le Dr K. J. Toutefois on peut admettre qu'on n'a jamais rencontré le sclérome chez des gens riches, et qu'il affecte toujours les pauvres et même de préférence les plus misérables. Ce fait suffirait à expliquer la fréquence extraordinaire de cette lésion en Galicie, que l'on comprendra aisément, en se rappelant qu'en l'espace de six ans on a soigné à la clinique de Cracovie, 100 et même 110 malades d'après les communications que j'ai reçues dernièrement qui ont passé entre les mains de Pieniazek et de Baurowicz!

Le besoin d'imposer des mesures prophylactiques, dans la Pologne Russe, en Galicie, en Moravie et en Silésie me paraît être d'une nécessité inéluctable. L'indication du *lieu de naissance*, du *domicile* et des *pérégrinations*, nous fournira des éclaircissements sur les *modalités externes de l'infection*. Des informations recueillies aux endroits d'origine par un *médecin spécialiste* parlant la langue du pays, pourront compléter les observations faites dans les cliniques. Etant donné qu'actuellement seuls les malades souffrant beaucoup se présentent dans les hôpitaux, on obtiendrait par cette étude comparative des renseignements sur la coexistence du sclérome et d'autres maladies ainsi que sur l'influence de prédispositions individuelles. Enfin on pourrait rassembler des notes sur l'influence de diverses infections intercurrentes sur l'évolution du sclérome, je rappelle à ce propos les cas assez intéressants au point de vue pronostique de Lutz : complication de fièvre de nature ignorée; Wolkowitsch et Reinhard : érysipèle facial; et Lubliner : typhus exanthématique.

Dans les pays susnommés, on devra aussi éveiller l'attention du recrutement militaire ⁽¹⁾ et des médecins attachés aux hôpi-

(1) JUFFINGER dit à la page 84 que son malade atteint de sclérome faisait son service militaire.

taux des garnisons sur l'existence du sclérome, en ayant présentes à la mémoire les paroles de L. von Schroetter rapportées par Palttauf : « Nous avons certainement très mal agi, en octroyant au malade une syphilis dont il était indemne (1) ». Enfin on ne négligera pas non plus de rechercher la lésion dans les autopsies pratiquées sur ces régions.

A la suite de toutes ces questions, il faut aborder un côté qui semble peut-être superflu, mais qui est nécessaire ; on prendra exactement le nom du malade et on lui réclamera des détails précis sur le temps et le lieu où il a déjà subi des atteintes du mal ; car ainsi que l'ont déjà remarqué Wolkowitsch et Palttauf dans leur étude comparée sur la littérature du sclérome, l'absence de dates précises se fait cruellement sentir. Au cours de déplacements répétés, de nombreux malades ont été revus et identifiés sous des noms divers et leurs histoires ont été relatées à plusieurs reprises ; dans d'autres cas les documents sur les conditions extérieures sont si incomplets, qu'ils ne méritent aucune attention.

Le nombre croissant de travaux enregistrés au cours de ces dernières années sur la fréquence du sclérome — Frankenger a réuni 257 observations et Lehrmann 258, j'ai obtenu un total dépassant 400 cas soignés dans les cliniques et aux consultations hospitalières — est attribuable seulement à ce que des descriptions bien faites ont contribué à diffuser la connaissance de la maladie, ou peut-être que celle-ci a pris une extension toujours progressive ; on n'est pas encore fixé sur ce point.

Si le susdit fait doit aider à assurer le diagnostic dans les régions où auparavant on ignorait cette maladie, sa plus grande fréquence dans les districts hantés depuis longtemps par le sclérome plaiderait en faveur de l'*extension de la maladie*. Il est indubitable que les progrès réalisés dans la facilité des moyens de communication jouent aussi un rôle dans cette propagation.

Il résulte donc des observations recueillies jusqu'ici que nous devons porter toute notre attention sur la *prophylaxie* en nous faisant seconder par les pouvoirs publics.

(1) Cité par PALTNAUF, p. 13.

On tirera certainement profit d'une étude raisonnée du sclérome. Je crois qu'en particulier, il faudrait soumettre à la *surveillance de la police sanitaire* toutes les familles et les individus porteurs de sclérome et surtout ne pas perdre de vue les personnes atteintes d'infiltrations molles récentes des voies aériennes ou celles qui sont affectées de croûtes nombreuses ou de tumeurs implantées sur la portion externe du nez et de la lèvre supérieure. Je me dispense d'insister encore une fois sur les dangers entretenus par ces malades au point de vue de la contagion. On n'aura pas besoin d'exercer la même surveillance sur les individus affectés de lésions indurées avec cicatrisation partielle; mais on agira toujours avec circonspection, et on s'arrangera de façon à ce que les malades de cette catégorie se fassent examiner à intervalles réguliers à l'hôpital ou par leur médecin, afin de pouvoir enrayer à temps la production de nouvelles végétations.

Aussi faudra-t-il surveiller attentivement les malades et ne pas les perdre de vue dans leurs pérégrinations et dans les grandes villes, comme à Vienne, par exemple, où ils s'installent dans des quartiers habités par des individus originaires de régions où le sclérome fleurit à l'état endémique. A Vienne on aurait l'œil surtout sur les Galiciens domiciliés de préférence dans le II^e arrondissement; et les X^e, XI^e et XVII^e arrondissements, occupés principalement par des ouvriers dont beaucoup arrivent de Moravie et de Bohême. Faisons remarquer, en passant, que notre importante observation concernait la femme M. K. qui était née dans le XI^e arrondissement et y habitait.

Il me paraît donc indiqué de faire figurer la *rubrique du sclérome* parmi les maladies infectieuses consignées sur les *bulletins sanitaires de l'Etat et de la municipalité viennoise*.

Je crois qu'il ne s'agit pas de paroles creuses, vu qu'on a observé l'affection chez des frères et sœurs, à plusieurs reprises dans la même localité et dans les environs immédiats de la capitale, enfin « last not least » nous n'avons pas besoin de répéter — les expériences ayant échoué jusqu'ici sur les animaux au sujet de l'infection bactérienne — que le sclérome et une *maladie infectieuse*. Elle est d'autant plus à redouter qu'elle s'attaque de préférence aux voies respiratoires.

Tel est le côté pour ainsi dire *extérieur* de la question dont nous devons nous occuper à l'avenir ; un autre s'agite autour de l'étude des causes *internes* encore totalement inconnues du *mode de propagation*, ainsi que de la *pathogénie* de l'affection, qui nous semble aussi insuffisamment connue au sujet de sa *répartition dans l'organisme humain*. Je me bornerai ici à émettre des hypothèses.

Sur le premier point, je ferai remarquer que, dès l'hiver de 1898, j'ai tenté de démontrer la contagion sur moi-même, malheureusement je n'obtins aucun résultat positif, mais uniquement quelques indications vagues. Je me décidai à ces *auto-expériences* après l'échec auquel furent soumises les tentatives antérieures sur les animaux. On implanta sous la peau de mon bras gauche des parcelles de tissu excisées sur une malade atteinte de sclérome de la cavité rhino-pharyngienne diagnostiqué d'après l'examen bactériologique. Au début tout alla bien, puis survint un phlegmon avec une tuméfaction des glandes lymphatiques axillaires qui dura longtemps ; pendant plusieurs jours, on trouva dans le pus des microorganismes ayant la forme et l'apparence de bacilles scléromateux. Les cultures donnèrent des résultats absolument identiques dans cinq éprouvettes, mais dans la sixième, on rencontra des colonies de staphylococcus blanc qui certainement avaient entraîné les manifestations inflammatoires aiguës.

Des *expériences sur les animaux* effectuées simultanément aboutirent aussi à un résultat négatif. Ainsi que Rydiger, je me servis du singe, croyant que ce dernier témoignait d'une plus grande réceptivité pour le virus que les animaux employés jusqu'alors dans un but expérimental. Des injections de cultures pures sous la muqueuse nasale jusqu'à la formation d'une petite tuméfaction restèrent sans effet. Il en fut de même pour des fragments de tissu que j'insérai à travers des incisions cutanées pratiquées sur le dos du nez et le détachement sous-muqueux de la muqueuse de la cloison, suivi de suture qui ne provoqua aucun phénomène réactif, et sans que le nez sécréta davantage ou qu'on eût observé quel qu'autre symptôme tel qu'un épaissement, etc. Par malheur, au bout de plusieurs mois on sacrifia durant le « Pestrummel »

à mon insu, l'animal, de sorte que je ne puis rien dire à propos de l'examen histologique de la narine opérée. On saura qu'au cours de ces recherches on avait antérieurement trouvé dans des parcelles extirpées simultanément du nez d'un malade les bacilles reconnus au microscope et dans les cultures.

Depuis lors, absorbé comme je l'ai dit plus haut, par des travaux d'une autre nature, je n'ai pas réitéré ces expériences, mais je crois qu'en dépit des échecs de Rydigier et des miens, il faudrait répéter les tentatives avec des cultures tirées directement de tumeurs granuleuses, puis essayer d'implanter des fragments excisés; ensuite on pourrait les insérer dans la cavité naso-pharyngienne ou dans le ventricule de Morgagni rendu perméable par une laryngo-fissure pratiquée préalablement. Enfin, pour compléter et étendre les recherches de Paltauf et v. Eiselsberg, Wolkowitsch, Pellizzari, Cornil, Stepanow, Pawlowsky, Babès, etc. il faudrait entreprendre des expériences de contrôle sur divers milieux de cultures et dans des conditions extérieures variées, avec ou sans passage par un animal, en se renseignant encore plus exactement sur le contenu morphologique et chimique des bacilles, surtout au sujet de l'*atténuation* ou de l'*accroissement* de sa virulence, afin d'obtenir ainsi une différenciation nette avec le bacille de Friedlaender ou du moins pour l'identifier clairement de tous les liens de parenté qu'on lui a attribués.

J'ai moi-même songé, au cours de mes expériences, à des relations plus étroites entre les deux microorganismes aujourd'hui encore si disjoints vu la divergence de leur action pathologique et en raison de leur ressemblance indéniable au point de vue de la morphologie et des cultures, cette hypothèse ne peut être rejetée en dépit des observations cliniques.

Netter (1) va certainement trop loin, lorsqu'il envisage directement l'identité des deux bacilles. Actuellement en nous basant sur les études comparées de Pellizzari, Wolkowitsch et la lumineuse interprétation de Paltauf nous devons admettre qu'il est question d'une analogie ou de *modifications graduelles* (concernant la consommation du sucre, la coagulation

(1) Cité d'après CASTEX. — Voir *Bibliographie*, n° 21, II.

du lait, les milieux de cultures acides, etc.) *des deux microorganismes en dehors du corps de l'animal* au point de vue des résultats, *mais qu'il ne s'agit pas d'identité.*

En mettant de côté l'étude de la virulence des deux bacilles, au sujet desquels on pourrait invoquer de prime abord une atténuation avec production de tissu fibreux pour le type de Friedlaender et une augmentation accompagnée d'inflammation exsudative avec le bacille de Frisch, à mon avis on pourrait encore comme je l'ai entrepris dernièrement, cultiver concurremment des producteurs de pus tels que le staphylococcus aureus mêlé au bacille du sclérome pour essayer de modifier la virulence des bacilles scléromateux au point de vue de leurs réactions sur le tissu animal. On peut, dans des cas exceptionnels d'infiltrations scléromateuses, démontrer à côté des excitateurs classiques la présence d'autres microorganismes. Parmi les auteurs, Jacquet ⁽¹⁾ cite le streptococcus-pyogène et quant à moi j'ai eu affaire deux fois au staphylococcus aureus, circonstance qui, à vrai dire, n'ébranle certainement pas la question de la spécificité du bacille scléromateux.

On prendra aussi en considération les *innovations thérapeutiques* de Pawlowsky, la formation de moyens de défense bactéricides dans l'organisme, ainsi que l'étude de l'obtention de sérums immunisants et on contrôlera les résultats obtenus par ces divers procédés.

Je dirai seulement que récemment je me suis occupé des phénomènes d'agglutination, en prenant du sérum d'une veine du bras droit d'une femme A. V. affectée de sclérome depuis environ six années. Macroscopiquement il semblait exister une différence entre les bouillons de cultures simples et ceux qu'on additionnait de quantités variables de sérum, mais microscopiquement on ne percevait nulle divergence dans la tenue et le groupement des bacilles. J'ajouterai encore, d'accord avec Róna, qu'on ne rencontrait dans le sang (gélatine, cultures sur agar) aucun microbe, conformément à ce qu'on avait pu croire d'avance, vu que le sclérome semble n'être qu'une *lésion régionale*.

Pawlowsky prétend avoir obtenu, par l'accroissement arti-

(1) Cité d'après Castex.

ficiel de la virulence une suppuration aigue, « suppuration rhinoscléromateuse » qui, si les faits étaient confirmés, supprimerait une barrière élevée contre l'identité des bacilles de Friedlaender et de Frisch.

Bien entendu les notions plus étendues sur la présence du bacille de Friedlaender influenceront aussi sur l'étude des producteurs du sclérome. Récemment mon confrère, le Dr Sorgo a isolé ce microbe dans un cas d'auto-intoxication parmi les matières vomies; nous citerons aussi une observation faite avec notre confrère le Dr Weinberger, concernant un malade du Prof. v. Schroetter, cas difficile soigné pour de la matité de la paroi antérieure gauche de la poitrine et dont les crachats contenaient des bacilles de Friedlaender; fièvre presque nulle.

Il faut encore éclaircir la question des relations du sclérome avec l'ozène et des microorganismes décrits comme producteurs de cette forme clinique et surtout tâcher de savoir si l'ozène prédispose à l'infection scléromateuse.

Aussi nos *connaissances* purement *anatomo-pathologiques* ne sont pas encore complètes.

Nous négligerons ici d'embrasser l'étude des localisations du mal connues jusqu'à ce jour ⁽¹⁾ ainsi que leur point de départ initial et nous aborderons immédiatement le côté spécial.

Il a été prouvé que le sclérome, parfois nasal au début, peut à travers le larynx et la trachée, atteindre les grosses bronches, même celles de second ordre, ainsi que le démontrent les observations de Bandler, Baurowicz, v. Eiselsberg ⁽²⁾, Pieniazek, L. v. Schroetter, Srebreny ⁽³⁾ et le cas d'un malade Ch. J. G. soigné à notre clinique, puis autopsié l'année passée par Haberdas; aussi peut-on admettre, selon l'opinion exprimée dès longtemps par L. v. Schroetter, que le processus pourrait s'installer aussi dans les bronches secondaires et entraîner la *formation d'induration dans le parenchyme pulmonaire*. Nous avons ici en vue

(1) L'an dernier, le Dr Reinhard a publié un travail, fait à notre clinique, dans lequel il traite particulièrement les lésions scléromateuses rencontrées dans la *trompe d'Eustache* et dans son voisinage.

(2) Lettre reçue de Königsberg.

(3) Communication manuscrite.

ces cas de pneumonie interstitielle chronique évoluant sans fièvre et les indurations progressives des poumons dont la genèse est si souvent absolument obscure. Je ne puis évaluer exactement la valeur étiologique qui revient dans un cas de sclérome des voies aériennes publié par Mibelli à la pneumonie chronique qui l'accompagnait, n'ayant pu me procurer l'original.

Mais toutefois il faudra, ainsi que me le fit observer le Prof. Paltauf, objecter contre cette hypothèse que le sclérome doit être constitué en l'état de nos connaissances actuelles par une couche muqueuse d'une épaisseur déterminée qui assure son développement. Celle-ci diminuant avec la réduction du réseau bronchial, le processus devrait être limité naturellement par des bronches à lumière pas trop resserrée. L'atrophie et l'induration que nous observons dans les cas de lésions profondes, seraient envisagées comme des manifestations secondaires analogues à celles qui surviennent à la suite de la stagnation du pus ou des accidents péri-bronchitiques d'autre nature. Il va sans dire que les symptômes de tuberculose pulmonaire devront toujours être pris en considération. La constatation d'un sclérome localisé primitivement dans les bronches de premier ordre pourrait être admissible d'après nos observations sur l'affection primitive de la trachée ; mais nous n'avons aucune raison de substituer un autre organe aux voies respiratoires, le cas de Pawlow relatif à une localisation au bras étant absolument isolé.

Róna a attiré l'attention sur la participation des glandes lymphatiques de la région, et contrôlé ces *lésions métastatiques* sur un hongrois âgé de 42 ans, porteur d'infiltrations scléromateuses étendues sur la face, le nez et le palais ; phénomène qui mérite d'être étudié davantage aussi en ce qui regarde les voies aériennes profondes. Dans le procès-verbal de l'autopsie du malade Stojan publié en 1895 par L. v. Schroetter, on notait la tuméfaction accentuée des glandes bronchiques, mais l'examen histologique et bactériologique (Paltauf) n'a fourni aucune preuve de l'infection scléromateuse. L'observation de Sidney Davies concernait une hypertrophie des glandes lymphatiques rétro-cervicales chez un individu présentant des signes de tuberculose.

Quant à la structure fine des produits scléromateux, ainsi que je l'ai déjà dit à propos de ma malade J. L. un grand nombre d'études, parmi lesquelles je citerai les plus récentes de v. Marschalko, Majewski, Polyak nous ont enseigné que l'*histologie* de l'affection peut être regardée comme terminée. On aurait peut-être intérêt à mieux connaître les origines de la coloration brun foncé ou noirâtre de la muqueuse que l'on remarque à l'amphithéâtre dans les cas de sclérome trachéal diffus invétéré.

On accordera, dans l'avenir, plus d'intérêt aux *infections mixtes*, telles que celles qui surviennent dans les cas rares d'atrophie ulcéreuse de tumeurs granuleuses, surtout à la surface du nez et aux rapports du sclérome avec d'autres maladies ainsi qu'à leur existence *simultanée* ou *combinée*.

Quant à la *tuberculose*, elle peut éclater sous deux formes différentes, et d'après les autopsies, elle serait plus répandue qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Le sclérome des voies aériennes supérieures peut être accompagné d'un degré variable de phtisie pulmonaire ; celle-ci peut surgir au début, ou se manifester seulement à une période ultérieure de la maladie ainsi qu'en témoignent comme exemples mon observation recueillie pendant l'été de 1900 sur K. W., page 260, celle de K. M., page 270, le cas K. Sch. provenant de notre Institut et récemment publié par Majewski, puis l'observation S. J. rapportée par Paltauf et Juffinger Nos 15 et 23 des publications correspondantes, ayant trait à une malade née dans le rayon policier Viennois et enfin un cas cité par Stepanow. On peut avoir affaire aussi à la production encore plus curieuse d'une *combinaison réelle* du sclérome avec la tuberculose laryngo-trachéale, tandis qu'apparaît sur le plancher des produits scléromateux une infiltration tuberculeuse vraisemblablement issue des poumons. Le premier cas de ce genre, soigné à la clinique de v. Schroetter, a été relaté dans un travail fort intéressant par le Dr v. Weismäyr et à la même époque le Dr Koschier a communiqué un cas d'infection mixte du larynx observé à la clinique laryngologique, dans lequel il constata la présence de bacilles scléromateux et tuberculeux dans les cellules de Mikulicz.

Frankenberger dans son travail déjà cité, admet la simul-

tanéité du sclérome et de la *syphilis*, ayant reconnu dans son cas que les altérations laryngiennes étaient produites par le sclérome, mais la sténose trachéale lui semblait être de nature spécifique. Bien qu'à vrai dire, l'hypothèse d'une semblable combinaison ainsi que le développement du sclérome chez un syphilitique ne puissent être repoussés tout d'abord, je crois que dans cette observation, où on n'enregistra aucun symptôme de spécificité, il ne s'agissait que d'un sclérome trachéal bien que l'iodure de potassium ait brillamment réussi et que nous ne doutons pas (voir page 243) de l'existence de syphilomes isolés dans la trachée. La dilatation effectuée pendant près d'un mois et demi amena dans un laps de temps relativement court la régression persistante de la protubérance et du rétrécissement qu'elle entretenait et qui aurait à mon avis disparu sans qu'on ait poursuivi l'emploi de la préparation iodée. Il est juste, que dans la plupart des observations, dans les cas de lésions étendues en particulier, on assiste presque toujours à la récurrence des sténoses, mais le processus, peut dans des cas donnés, être vaincu par une seule intervention et guérir localement. Je ne rapporterai pas ici tous les exemples que je connais, je citerai seulement à l'appui de la possibilité d'une cicatrisation locale, un cas publié par Kobler et L. v. Schroetter, qui a été suivi de 1879 à 1895, dans lequel les bourrelets sous-cordaux visibles quinze ans auparavant s'étaient complètement effacés en cédant la place à une membrane oblitérant l'orifice laryngien au-dessus des cordes vocales et à un nodule ventriculaire, et mon observation relatée plus haut de la malade J. L. chez qui les altérations trachéales s'évanouirent avant le terme de son séjour à l'hôpital qui dura environ huit semaines. La lumière était entièrement libre, état qui s'est prolongé jusqu'à présent sans aucune récurrence ; mais le mal a progressé au-dessus, vers la région glottique. Si les signes de spécificité font défaut, pourquoi incriminer deux processus différents au sujet de l'origine des altérations, si un seul peut suffire à les provoquer et à expliquer le décours.

On s'occupera ensuite des rapports du sclérome avec le *carcinome*, attendu qu'il résulte de certaines notions, qu'il pour-

rait se faire que plus rarement qu'on ne l'observe à la suite de manifestations lupiques ou syphilitiques, le cancer pût s'implanter sur un terrain scléromateux. Wolkowitsch cite le cas d'un malade affecté de sclérome depuis vingt-cinq ans chez qui il vit subitement apparaître une complication sous forme de carcinome nasal. Le Prof. Lang a eu l'amabilité de me communiquer une autre observation ⁽¹⁾. Il s'exprime en ces termes :

« Parmi les cas de rhinosclérome que j'ai vus, il en est un qui m'a frappé particulièrement, car lorsque je revis le malade au bout d'une année environ, il me sembla qu'un carcinome s'était développé sur la base scléromateuse. Le Prof. Weinlechner appelé en consultation, se prononça aussi pour le cancer ; aussi décida-t-on l'intervention sous forme d'excision avec extirpation simultanée des ganglions du cou. Mais à ma grande surprise, le Prof. Weichselbaum, à l'examen, trouva du rhinosclérome et pas de néoplasme. Ici donc la récurrence avait revêtu une apparence carcinomateuse non confirmée par l'examen histologique. Malheureusement on négligea d'examiner les glandes. »

Dans une seconde observation du même auteur, à laquelle il fait allusion à la page 262 du premier volume de son ouvrage sur la syphilis, on avait eu sans doute affaire à un cancer consécutif, car le processus avait gagné les os, envahi l'orbite et vraisemblablement la cavité crânienne. Mais la présence de pertes de substances profondes et d'endroits gangrenés dans le rhinosclérome ne doit pas faire errer le diagnostic, étant donné que ces accidents surviennent assez fréquemment soit à la suite de traumatismes externes, soit après des applications thérapeutiques. Il est entendu que dans ces conditions on rencontre aussi des tuméfactions des glandes lymphatiques.

(1) Cette observation est brièvement relatée dans le compte rendu médical de l'ancienne maison de santé du Dr Eder, de Vienne (page 7, Vienne, 1890). La première opération, de même que la seconde qui suivit à un an d'intervalle, consista à faire la plastique du nez avec un lambeau emprunté au front. Elle fut pratiquée par le Prof. Weinlechner, dont le nom est intimement associé au diagnostic du rhinosclérome. Le malade était originaire de Laibach, dans la Carniole.

Récemment Lehrmann a décrit un cas observé au dispensaire de Königsberg se rapportant à un négociant de 45 ans affecté de sclérome naso-pharyngien, palatin et buccal et chez qui on avait remarqué l'hypertrophie extrêmement précipitée d'un nodule implanté sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur. L'examen microscopique effectué après l'ablation, contrôlé par Askanazy révéla l'image caractéristique du cancer épithélial pavimenteux avec de nombreuses cellules cornifiées et des tumeurs bulbaires; il fut impossible de démontrer la possibilité d'un développement du carcinome sur le terrain rhinoscléromateux. On avait donc affaire à une complication rare, à peine en relation d'origine avec la lésion principale.

Quant à la valeur histologique des cas douteux, on se souviendra que la production épithéliale du sclérome peut être très abondante par endroits, et qu'on peut observer des aspects qui, considérés dans leur essence, offrent assez d'analogie avec la prolifération cellulaire typique. Dans le traité de L. v. Schroetter, nous trouvons la reproduction d'une coupe sur laquelle des bourgeons épithéliaux simples et compliqués pénètrent dans la profondeur du côté de la couche glandulaire; Semon et Payne ont reproduit le bel aspect des tumeurs perlées sur une planche de leur travail publié en 1885.

J'insisterai encore en terminant sur le *diagnostic du sclérome*. Gerber après me les avoir déjà communiquées par lettre, émettant dans son dernier article des vues qui pourraient ébranler l'édifice patiemment et heureusement élevé à l'unité pathologique des divers aspects cliniques sous lesquels la lésion se présente. J'ai le regret de devoir me séparer de mon honorable confrère; qui en dépit de « l'identité bactériologique existant peut-être entre le rhinosclérome et l'affection connue sous la dénomination de cordite vocale inférieure hypertrophique » m'a écrit qu'il est d'avis qu'il s'agit « de processus cliniques différents », ou du moins il prétend dans son mémoire qu'on a affaire à « des lésions identiques aux points de vue bactériologique et histologique, mais diverses cliniquement ». Je suis du reste persuadé que tous ceux qui ont étudié le sclérome seront de mon avis.

Gerber étaye son opinion sur la riche statistique de Wolko-

witsch afférente au *rhinosclérome*, en insistant particulièrement sur le fait que dans une catégorie les altérations affectant des régions limitées de la peau du nez sont imputables aux anciens foyers rhinoscléromateux, tandis que les sténoses chroniques des voies aériennes se rencontrent çà et là, en faisant remarquer aussi que les lésions nasales externes ne sont pas de règle dans tous les cas de sclérome. Gerber cherche de cette façon à ébranler le résultat d'observations poursuivies pendant de longues années sans être forcé par des motifs importants.

Je m'efforcerai d'être bref, et renonce à rapporter à ce propos les intéressantes observations de notre clinique ainsi que les résultats *in extenso* des investigations de Paltauf.

D'abord on rencontre des cas typiques de rhinosclérome, non seulement en Pologne, mais aussi en Hongrie, en Moravie et en Italie et dans d'autres contrées ⁽¹⁾, ils attaquent l'extérieur du nez, ou se manifestent d'une façon différente, en ce qui concerne l'extension et l'intensité, sous forme de sclérome pharyngien et laryngo-trachéal combiné, et je crois pouvoir me dispenser de dresser le tableau des cas soignés dans les cliniques Viennoises. On notera pourtant que le nombre des altérations nasales circonscrites ou des accidents débutant par cette région, constitue l'infime minorité et que la majorité se compose de scléromes des muqueuses. En ce sens, Gerber a raison lorsqu'il dit que les symptômes nasaux sont loin d'être les plus fréquents.

Cette constatation ne paraîtra pas surprenante, mais plutôt plausible, car on admettra avec beaucoup de vraisemblance l'infection primitive de la muqueuse avec l'extension variable du mal qui peut, comme dans le cas précité, demeurer limité, ou se propager à l'épiderme nasal et labial, sans que la région muqueuse soit plus affectée. Les accidents pouvant alors éclater par suite de la propagation du virus interne à l'extérieur, la localisation primitive étant effacée. D'ordinaire, la contamination a lieu par les muqueuses, et on aurait peut-être raison, dans les cas de manifestations cutanées, d'admettre des infec-

(1) Le Prof. Neisser, de Breslau, m'a communiqué par lettre l'observation d'un malade prussien de cette catégorie.

tions exceptionnellement virulentes, mais dans ces conditions, il est étrange que la muqueuse d'autres régions demeure si longtemps indemne.

En second lieu, on opposera à l'opinion de Gerber l'objection infiniment plus sérieuse que non seulement le rhinosclérome peut être suivi de sclérome des voies respiratoires, mais je suis d'avis qu'assez fréquemment il peut se développer tardivement après une localisation primitive dans le larynx.

A propos de cette constatation, des observations de quelques années sont insuffisantes, et seule une étude longuement poursuivie de la maladie a permis de tirer les conclusions ci-dessus. Toutefois leur histoire est instructive, car des cas à propos desquels on hésitait il y a quelques années s'expliquaient aisément par l'interprétation de phénomènes observés ultérieurement sur d'autres points. Pour me confiner dans les limites que je me suis fixées, je me contenterai de faire allusion à quelques cas.

Je ne parlerai pas ici des lésions nasales externes combinées avec des affections manifestes des voies aériennes, mais m'occuperai uniquement de ceux où la genèse des diverses localisations apparaît nettement. A propos de l'éclosion d'une sténose laryngienne consécutive à un sclérome nasal, on pourra déjà consulter le cas publié en 1872 par Geber et Scheff, concernant une blanchisseuse, K. J. ainsi que les observations consignées par Kaposi dans son traité. Quant au mode de propagation inverse, je citerai tirés des anciennes statistiques, d'abord le cas (H. K.) observé par O. Chiari et Jarisch dans lequel l'affection était originaire du pharynx, ainsi que celui que Catti observa à la clinique de v. Schroetter de 1876 à 1878, qui de même que le malade H. B. soigné par L. von Schroetter et Jarisch, débuta par le larynx et où ce fut seulement l'apparition du rhinosclérome qui décela la nature véritable du mal qui était apparu antérieurement sous la forme d'une cordite vocale inférieure hypertrophique. J'attirerai enfin de nouveau l'attention sur le cas Stojan signalé déjà à la page 275, qui met en lumière ce mode de développement et dans lequel on reconnut à l'examen anatomo-bactériologique des infiltrations nasales externes, pratiqué au bout de plusieurs années, la nature scléromateuse de l'ensemble des symptômes.

D'après ces faits et d'autres encore selon lesquels surviennent des accidents passagers et locaux transitoires à la suite de manifestations isolées, on peut parler de plusieurs *stades* de la maladie, mais je n'avais pas jugé opportun d'envisager le processus à divers degrés, à l'exemple de Gerber.

Tertio, et c'est sur ce point que je désirerais surtout insister, nous savons par les trouvailles d'autopsie que les produits de cette forme de sclérome offrent une consistance ferme généralement associée à l'apparition de sécrétions desséchées sur les bourrelets sous-glottiques, remplissent toutes les conditions anatomiques de cette affection (Juffinger et autres). Au point de vue clinique, on s'est contenté dans les cas présentant l'aspect de la cordite inférieure hypertrophique d'examiner la sécrétion ; mais il me semble important de rechercher les bacilles spécifiques dans la substance de ces bourrelets sur le vivant, afin d'obtenir une preuve encore plus décisive de son caractère scléromateux. Dans trois ou quatre cas, où la lésion s'était développée aussi en d'autres endroits du larynx et du pharynx, je pus obtenir des résultats positifs par le moyen décrit ci-dessus ; mais j'ai également obtenu des cultures dans un cas pur de cordite vocale inférieure hypertrophique, où la protubérance faisait surtout saillie sous la corde vocale gauche et je pus vérifier ainsi le diagnostic porté à la consultation. Ce cas se rapportait à la fillette de 12 ans, déjà nommée, née à Triglas, dans la Basse-Autriche, qui fut amenée à notre clinique pendant le dernier semestre d'été.

On comprendra aisément qu'il ne faudra pas prendre pour du sclérome tous les cas évoluant avec des signes de cordite vocale inférieure et présentant des bourrelets sous-cordaux très accentués, attendu que nous savons que cet aspect s'observe aussi lors de la production de catarrhes trachéaux extrêmement aigus, ou accompagnés de sécrétions sèches ; ou enfin qu'il peut se manifester aussi chez les tuberculeux ou à la suite de corps étrangers ainsi que dans les périchondrites profondes ; cela arrive aussi dans des cas de lèpre qui peuvent présenter des analogies morphologiques avec le sclérome. Dans toutes ces circonstances, on comprend que la *cordite vocale inférieure* est alors un symptôme *non scléromateux*.

A l'opposé de Gerber nous considérons comme un grand progrès, que des *affections si dissemblables en apparence* soient regardées comme *adéquates au point de vue clinique et anatomique*, et catégorisées comme des transformations d'une même espèce ; leur réunion sous l'entité *pathologique de sclérome*, qui a été prônée surtout par les auteurs suivants dont je rangerai les noms par ordre alphabétique : Bandler, Bornhaupt, H. Chiari, Ganghofner, R. Paltauf, L. von Schroetter et son école, ainsi que Stepanow est prouvé de tous points scientifiquement. Pour nous il n'y a aucun doute que le processus ne tire son origine du bacille scléromateux de Frisch qui l'entretient et provoque la formation d'un tissu granuleux particulier dont la *spécificité* est déterminée par les cellules de Mikulicz. Nous ne partageons pas l'idée de Dickerhoff qui parle des relations du sclérome avec l'hyperplasie adéno-fibreuse du cheval.

Après avoir disserté sur ces divergences, revenons à notre première observation.

Par sa localisation primitive dans la trachée; le sclérome constitue une affection à laquelle il faudrait penser en cas de sténose profonde des voies respiratoires. On conçoit que cela se comprend dans des endroits où la lésion surgit sous ses diverses formes, mais il faut de nouveau signaler la gravité de ce symptôme au point de vue de la *médecine interne*, vu qu'il n'est pas improbable que bien des sténoses trachéo-bronchiques dont l'étiologie demeure obscure, même quand elles viennent sous l'observation dans d'autres contrées que celles qui sont d'ordinaire connues pour le sclérome, soient expliquées ainsi.

Pour conclure, je donnerai la *bibliographie* complète des cas de scléromes publiés jusqu'ici — et comprenant plus de 171 auteurs — rangée par ordre alphabétique qui ne sera pas indifférente aux lecteurs de cette Revue ⁽¹⁾.

(1) Les travaux, suivis des lettres Cl. v. S., désignent des publications de la clinique de von Schroetter, à Vienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALVAREZ. — Recherches sur l'anatomie pathologique du rhinosclérome (*Archives de physiol. normale et pathol.*, n° 2, 1886.)
2. AUDRY (Ch.). — *Province méd.*, 4 avril 1891.
3. BADRS. — Kritische Bemerkungen über die Arbeit von P. DITTRICH in der *Prager Zeitsch. für Heilkunde*, Bd. VIII. *Centralblatt f. Bacteriolog. u. Parasitenkunde*, Bd. II, p. 88, 1887.
4. BANDLER. — Ueber die Beziehungen der Chorditis voc. infer. hypertroph. zu dem Rhinosclerom (*Zeitsch. f. Heilk.*, Bd. XII, 1891.)
5. BARBUZZI. — Rinoscleroma (*Giorn. italiano delle mal. veneree e della pelle*, fasc. t. I, 1885.)
6. BAUMGARTEN. — I. Fall von Sclerom. Demonstration eines Falles (Sitzungsber. d. k. Gesells. der Aerzte in Budapest, *Pester med. Presse*, n° 46, 1892.)
 II. Sitzungsber. des Poliklin. Vereines in Budapest, 1897.
 III. Ein Fall von Rhinosclerom (Sitzungsber. der Gesells. ungar. Ohren-und Kehlkopfaerzte in Budapest, n° 2, 1900.)
7. BAUROWICZ. — I. Scleroma laryngis sub forma sclerosis interarytænoideæ (*Wiener. med. Woch.*, n° 6, 1895.)
 II. Zur Aetiologie der Pharynxstricturen (*Fraenkel's Arch.*, Bd. III, 1895.)
 III. Ueber die Aetiologie der chron. atrophischen Rhinitis (En polonais : *Przegląd Lek.*, 1895, analysé im *Centralbl. f. Lar.*, Bd. XII, p. 44, 1896.)
 IV. Verengerung der Bronchien infolge des Skleroms (*Fraenkel's Archiv.*, Bd. IV, 1896.)
 V. Zur Aetiologie der sogenannten Chord. voc. inf. hypertr. (*Fraenkel's Arch.*, Bd. VII, 1897.)
 VI. Bericht aus der Abtheilung des Prof. PIENIAZEK in KRAKAU (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 12, 1899.)
 VII. Das Sclerom auf Grund der Beobachtung von 100 Fällen (*Fraenkel's Archiv.*, Bd. X, H. 3, 1900.)
8. BESNIER (E.). — Un cas de rhinosclérome (*Gaz. des hôp.*, p. 281, 1891, et *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syphil.*, juillet 1891.)
9. BILLROTH. — Verhandlungen der K. K. Gesells. der Aerzte in Wien. Sitzungsber. vom 24. october 1879, in *Wiener med. Presse*, n° 44, 1879.
10. BIRCH-HIRSCHFELD. — Lehrbuch der Pathol. Anatomie, 1896, 5. Auflage, I Haelfte, p. 399.
11. BLAWSEWICK. — Med. Obscr., n° 14, 1895, analysé in *Centr. f. Laryngol.*, Bd. XX, p. 371, 1895.
12. BOJEW. — Ein Fall von Rhinosclerom (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 3, 1899.)
13. BOSWORTH (F. H.). — Diseases of the Throat and Nose. Chapter of Rhinoscleroma, p. 381, New-York, 1889.
14. BREDI (A.). — Rinoscleroma o Epitelioma del naso (*Riv. Veneta delle scienze med.*, t. II, fasc. II, 1885, cité d'après WOLKOWITSCH.)
15. BRUJEW. — Medizinski Westnik, n° 26, 1874, cité d'après WOLKOWITSCH.

16. BULKLEY. Analysis of 8000 cases of Skin diseases (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, n° 4, 1882, cité d'après O. CHIARI-RIEHL.)
17. BUNZL-FEDERN (F.). — Ein Fall von Sclerom der oberen Luftwege (*Prager med. Woch.*, n° 13, 1899.)
18. BURROW. — Laryngologische Mittheilungen. I. Ueber Chorditis vocalis inf. hypertrophica (*Arch. f. Klin. Chir.*, Bd XVIII, p. 228, 1895.)
19. CAMPBELL (E.). — Wiener med. Blätter, n°s 20 et 21, 1898.
20. CASABIANCA. — Des affections de la cloison des fosses nasales (*Thèse de Paris*, p. 49, 1876.)
21. CASTEX (A.). — I. *Rev. de laryngol.*, 15 mars 1892 et n° 14, 1894 et *Ann. des mal. de l'oreille et du lar.*, p. 616, 1894.
II. Maladies du larynx, du nez et des oreilles, p. 307. (BAILLIÈRE, éditeur, Paris, 1899.)
22. CATTI (G.). — Zur Casuistik und Therapie der Chorditis voc. inf. hypertr. (*Allg. Wiener. med. Zeit.*, n° 30, 1878), (*Cl. v. S.*.)
23. CHIAPPA (DEL). — Sopra il valore diagnostico dei globuli ialini del rinoscleroma (Milan, 1882.)
24. CHIARI (O.). — I. Ueber Kehlkopfstenosen und ihre Therapie (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 6, 1881.) (*Cl. v. S.*.)
II. Ueber Trachealstenosen und ihre Behandlung nach der SCHROETTERschen Methode (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 12, 1881.)
III. Stenose des Kehlkopfes und der Luftroehre bei Rhinosclerom (*Wiener. med. Jahrb.*, h. 2, 1882.)
IV. Rhinosclerom des weichen Gaumens (Congrès Intern. de méd. de Copenhague, 1884. p. 148, vol. IV.)
25. CHIARI (O.) et RIEHL. — Das Rhinosclerom der Schleimhaut (*Zeits. f. Heilk.*, H. 4, u. 5, 1885.)
26. COHEN TERVAERT. — Analysé in *Centralbl. f. Laryngol.*, Bd. X, p. 484.
27. COLOMBINI. — Sopra la terapia del rinoscleroma (*Riforma med.*, n°s 209, 210 et 211, 1892.)
28. CORNIL (V.). — Le rhinosclérome (*Progrès méd.*, t. XI, p. 587, 1883, et *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, p. 319, 1883.)
29. CORNIL et ALVAREZ. — I. Mémoire pour servir à l'histoire du rhinosclérome (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, t. VI, 1885; *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 8 avril 1885.)
II. Sur les microorganismes du rhinosclérome (*Ann. de dermatol.*, p. 203, 1885.)
30. CORNIL et BABÈS. — I. Histologie pathologique, 2^e édition, vol. II, p. 854.
II. Les bactéries dans les maladies infectieuses (p. 565, Paris, 1885.)
31. CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique (2^e édition, p. 854, vol. II.)
32. DAVIES (SIDNEY). — A case of rhinoscleroma (*Brit. med. journ.*, may 29, n° 1326, 1886.)
33. DITTRICH (P.J.). — I. Zur Aetiologie des Rhinoscleromes (*Prager. Zeits. f. Heilk.*, Bd. VIII, 1887.)
II. Entgegnung auf die kritischen Bemerkungen von BABÈS, betreffend die in der *Zeits. f. Heilk.*, Bd. VIII, 1887, erschienene Publication über das Rhinosclerom (*Centr. f. Bacter. u. Parasitenk.*, Bd. II, p. 433, 1887.)

- III. *Centr. f. Bacter. u. Parasitenk.*, Bd. V, n° 5, 1889.
- IV. Bemerkungen zu dem Aufsatz von R. PALTAUF « Zur Aetiologie des Scleromes » (*Wiener klin. Woch.*, n° 4, 1892.)
34. DOUTRELEPONT. — Zur Therapie des Rhinoscleromes (*Deutsch. med. Woch.*, n° 5, 1887.)
35. DUCREY. — Sopra alcuni capsulati, ecc. comparativamente studiati col microorganismo del rinoscleroma (*Atti della Soc. Ital. di Derm. e Sifil.*, 1897)
36. DUPUIS (A.). — Ein Fall von subglottischer Schwellung (*Allgem. med. Centralzeitung*, n° 83, 1896.)
37. EBSTEIN. — I. Demonstration von zwei Fallen von Sclerom der oberen Luftwege (*Wiener laryngol. Gesellsch.*, in *Wiener klin. Woch.*, n° 51, 1898.)
- II. Démonstration eines Falles von Sclerom der oberen Luftwege (*Ibid.* in *Wiener klin. Woch.*, n° 6, 1901 (1).)
38. EPPINGER. — Pathologische Anatomie des Larynx und der Trachea, in KLEBS'S Handbuch, Bd. II, I Abth., p. 284, 1880.
39. FIRCH-NOTES (A.). — Beitrag zur Histologie des Rhinoscleromes : colloïde Zellen (*Monatsh. f. pract. Derm.*, août 1890.)
40. FRANKENBERGER. — I. Casopsis lek., n°s 21 et 22, 1896.
- II. Zur Casuistik der Trachealstenosen (*Wiener klin. Rundsch.*, n° 16 et 17, 1900.)
41. FREEMAN (W. J.). — A Case of rhinoscleroma occurring in a Russian in the United States (*Ann. of. otol. rhin. etc.*, n° 5, 1900, analysé in *Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases*, p. 294, 1900.)
42. FREUDENTHAL. — Rhinoscleroma (*N. Y. med. record*, 1^{er} février et 14 mars 1896 ; analysé in *Centr. f. Lar.*, Bd. XII, p. 534.)
43. FRISCH V.. — Zur Aetiologie des Rhinoscleromes (*Wiener med. Woch.*, n° 32, 1882.)
44. GANGHOFNER. — I. Zur Lehre von den Kehlkopfstenosen (*Prager med. Woch.*, n° 45, 1878)
- II. Neuere Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Catheterismus der Luftwege (*Prager med. Woch.*, n°s 37 et 39, 1880.)
- III. Ueber die chronisch stenosierende Entzündung der Kehlkopf und Luftröhrenschleimhaut (*Zeits. f. Heilk.*, H. 5, u. 6, p. 350, 1881.)
45. GERBER. — Ueber das Wesen des Rhinoscleromes (*Arch. f. Derm. u. Syphilis*, n° 4, p. 493, 1872.)
46. GERBER (P. H.). — I. Ueber das Sclerom insbesondere in Ostpreussen (*Arch. f. Laryngol.*, Bd. X, H. 3, 1900.)
- II. Zur Fest-stellung des Scleromes in Ostpreussen (*Deutsch. med. Woch.*, n° 35, 1900 et *Allg. med. Centralzeitung*, n° 71, p. 838, 1900.)
47. GERHARDT (K.). — Laryngologische Beitrage. IV. Chorditis voc. inf. hypertrophica (*Arch. f. klin. Med.*, Bd. XI, p. 583, 1873)
48. GRADENIGO (G.). — Laryngofissure dans le sclérome laryngien (cité d'après les *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, t. XXVI, n° 7, p. 385, 1900.)
49. GUEVARA. — Sur le lupus scrofuleux des fosses nasales (*Thèse de San Salvador*, 1883, citée d'après CASTEX.

(1) Cité après l'achèvement de mon mémoire.

50. GUTIERREZ. -- Contribution à l'étude du rhinosclérome (*Thèse de Guatemala*, 1899, analysée in *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XXVI, n° 1, p. 206, 1900.)
 51. HALLOPEAU (H.). — L'agent infectieux du rhinosclérome (*La France méd.*, 16 janvier 1890.)
 52. HARMER. — Vorstellung von 3 Faellen von Rhinosclerom: Discussion: O. CHIARI, KOSCHIER, HEINDL, etc. (*Sitzungsbericht der Wiener laryngol. Gesell.*, 10 janvier 1901, in *Wiener klin. Woch.*, n° 5, 1901.) (1).
 53. HEBRA. — Ueber ein eigenthümliches Neugebilde an der Nase, Rhinosclerom, nebst histolog. Befunde von M. Kaposi (*Wiener med. Woch.*, n° 1, 1870, u. *Wiener med. Presse*, n° 23, 1870.)
 54. HEBRA JUNIOR. — Jahresbericht des K. K. allgemeinen Krankenhauses in Wien, 1875, u. 1874. Ref. in *d. Vierteljahrsschrift f. Dermatol.*, H. 1, 1875.)
 55. HEERMANN. — Zwei Fälle von Sclerom in Deutschland (*Deutsch. med. Woch.*, n° 22, 1898.)
 56. HEINDL. — Sur le traitement du rhinosclérome ou sclérome (*Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, n° 7, 1899.)
 57. HEINLE. — Rhino-laryngo-sclerom (*Sitzungsber. der schlesischen Gesellschaft.*, 5 mai 1899: Ref. *Allg. med. Centralzeitung*, n° 67, 1899.)
 58. HERYNG (T.). — Demonstration und Discussion über Sclerom (*Bericht. d. Gesells. der Aerzte in Warschau*, 4 novembre 1884; cité d'après BAEROWICZ.)
 59. HUELTJ (F.). — Fall von Rhinosclerom (*Sitzungsbericht der ungar laryngol. Gesellschaft.*, 1^{er} décembre 1898.)
 60. JACKSON. — A case of Rhinoscleroma (17th Meeting of the Amer. Dermatol. Soc. Milwaukee, 1893.)
 61. JACQUET. — Recherches histologiques et bactériologiques (*Bull. de la Soc. de Dermatol.*, juillet 1891, p. 327.)
 62. JAHRESBERICHTE der K. K. Wiener Krankenanstalten (fortlaufende Baende.)
 63. JAJA. — Ricerche batteriologiche (*Giorn. ital. delle mal. veneree*, 1891, analysé dans le *Centralbl. f. Laryng.*)
 64. JAKOWSKI. — Ein zweiter Fall von Rhinosclerom bakteriologisch untersucht (*Gaz. Lekarska*, n° 37, 1888.)
 65. JAKOWSKI et MATLAKOWSKI. — Ueber Rhinosclerom (Hebræ) (*Gaz. Lekarska*, n° 45-53, 1887.)
 66. JAKOWSKY (V.). — Ueber Rhinoscleroma und Xeroderma pigmentosum (*Wiener. med. Presse*, n° 13 et 14, 1886.)
 67. JARISCH. — Anzeiger der K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien *Sitzungsber.*, 24 octobre 1870.
 68. JESAI. — Fall von Rhinosclerom (*Sitzungsber. der Gesellsch. Ungar. Ohren-und Kehlkopfærzte*, Budapest, Bd. II, 1896.)
 69. JUFFINGER (G.). — I. Primaeres Sclerom des Larynx (Mittheilungen aus der laryngol. Klinik von Prof. v. SCHROETTER (*Wiener klin. Woch.*, n° 41 et 42, 1891.) (*Cl. v. S.*)
- II. Das Sclerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens, etc. (*Deutsche*, éditeur, Vienne, 1892; zumeist Faelle der *Cl. v. S.*)

(1) Cité après l'achèvement de mon travail.

70. KAPOSI (M.). — I. Verhandlungen der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien (*Sitzungsber.*, 29 avril et 6 mai 1870; in *Wiener med. Presse*, n° 23, 1870.)
 II. Virchow's Handbuch d. spec. Pathol. u. Therap. Bd. III, 2 Theil, p. 253, 1876.
 III. Pathologie und Therapie des Rhinoscleromes Klin. Vortraege (*Intern. klin. Rundschau*, n° 30 et 31, 1891.)
 IV. Demonstration eines Falles (*Bericht der Wiener dermatol. Gesells.*, 1891.)
 V. Lehrbuch der Hautkrankheiten, 4 Auflage, p. 762, 1893.
 VI. Ein Fall von Rhinosclerom (*Bericht der Wiener dermatol. Gesellsch. Arch. f. Derm. u. Syphil.*, Bd XLV, 3, 1898.)
71. KASTNER (J.). — Sclerom der Nase und des Rachens, wahrscheinlich aus gehend von einer Verletzung der Nase mit einem unreinen Strohhalm (Demonstration im wissenschaft. Vereine zu Innsbruck, 16 février 1896, in *Wiener klin. Woch.*, n° 22, p. 407, 1895.)
72. KAYSER. — Ueber Rhinosclerom (71. Bericht der schlesischen Gesells. f. vaterlaendische Cultur, 1894, Ref. in *Centralbl. f. Laryngol.*, Bd. IX, p. 699)
73. KEEGAN. — Analyse in Monatsblättern f. prakt. Dermatol., 1899.
74. KLOTZ. — Exhibition of a case in the New-York Dermatol. Soc., 1894.
75. KOBLER (G.). — Demonstration eines Falles von Laryngosclerom (*Wiener klin. Woch.*, n° 5, 1894.) (*Cl. v. S.*)
76. KOEBNER. — Demonstration im Vereine f. innere Med. in Berlin (*Deutsch. med. Woch.*, n° 26, 1885.)
77. KOEHLER. — Zwei Faelle von Rhinosclerom (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 7, 1888.)
78. KOPFF. — Aus ROSNER's Klinik (*Przeglad Lek.*, n° 44, 1884, cité par WOLEWITSCH.)
79. KOSCHIER. — Combination von Sclerom und Tuberkulose im Larynx (*Wiener klin. Woch.*, n° 42, 1896.)
80. KUENNEL. — Die Behandlung von Verengerungen des Kehlkopfes und der Luftröhre (*FRANKEL's Archiv. f. Lar.*, 1896.)
81. KUTTNER. — Chorditis vocalis inf. hypertroph. (*Archiv. f. Lar.*, Bd. V, 1896.)
82. LANG. — I. Ueber Rhinosclerom und dessen Behandlung (*Wiener med. Woch.*, n° 24 et 25, 1883.)
 II. Lehrbuch der Syphilis (Bd. I, Rhinosclerom mit Abbildung.)
83. LAQUER. — Vorstellung eines Falles von Rhinosclerom (Congress. f. innere Med. in Wiesbaden, Ref. im *Centr. f. innere Med.*, n° 28, 1889.)
84. LEHRMANN (B.). Ein Fall von Rhinosclerom durch Carcinom compliciert (*Inaug. Dissert.*, Fribourg en Brisgau, 1900.)
85. LEMCKE (C.). — Ueber chron. Blenorrhoe der oberen Luftwege « Stärk'sche Blenorrhoe » und ihre Beziehungen zum Scleroma respiratorium (*Deutsch. med. Woch.*, 29 juin 1893.)
86. LÉNART. — Geheilte und recidivierter Fall von Chordit. voc. infer. hypertroph. (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 261, 1899.)
87. LENNOX-BROWNE. — Diseases of Throat, p. 536, 1891; cité d'après CASTEX.
88. LESSER (E.). — Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1 Theil, p. 238, 1892.
89. LUBARSCHE-OSTERTAG. — Jahresber. f. Allg. Pathol. u. pathol. Anatomie, Aufsatz v. SUCHANNEK, 3 Abtheil, 1896.)

90. LUBLINER. — Ein Fall von Rhinosclerom der Nase, Typhus exanthem, Schwund der Rhinosclerominfiltration (*Berliner. klin. Woch.*, n° 40, 1891.)
91. LUNIN. — Ein Fall von Scleroma laryngis (*St-Petersburger med. Woch.*, n° 52, 1892; Ref. in *Centralbl. f. laryngol.*, p. 554, Bd. IX.)
92. LUTZ. — Zur Casuistik des Rhinoscleromes (*Monats. f. prakt. Dermatol.*, Bd. XI, p. 49, 1890.)
93. MACKENZIE (Sir M.). — Further note on rhinosclerome (*Brit. med. journ.*, 21 mars 1885.)
94. MAJEWSKI (Th.). — Ein Fall von Sclerom der Luftwege (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 7, 1900.) (*Cl. v. S.*)
95. MANDELBAUM et KRANZFELD. — Über Rhinosclerom (*Wratsch*, n° 31, 1886.)
96. MARSHALOW V. — I. Ueber die sogenannten Plasmazellen (*Archiv. f. Dermatol.*, 1894.)
 - II. Demonstration eines Falles von Rhinosclerom (*Sitzungsber. des Siebenbürgischen Museum Vereines*, 10 mars 1899.)
 - III. Demonstration von Rhinosclerompräparaten (*Sitzber. der med. Section der Schlesisch. Gesellsch. vaterländische Cultur.*, 17 février 1899; Ref. *Allg. med. Centralzeitung*, n° 56, p. 677, 1899.)
97. MASSEI et MELLE (G.). — Contribuzione allo studio del rinoscleroma (*Arch. Ital. de lar.*, fasc. 4, 1884.)
98. MELLE. — I bacilli del rinoscleroma (*Comptes rendus de l'Acad. de méd. de Naples*, 1888.)
99. MIBELLI. — I. Un caso di rinoscleroma (*Giorn. Ital. delle mal. veneree*, fasc. II, vol. XXIII, 1888.)
 - II. Contribuzione all' istologia del rinoscleroma (*Analysé in Monats. f. prakt. Dermatol.*, 1889.)
 - III. Nuovo metodo di colorazione dei bacilli del rinoscleroma (*Giorn. Ital. delle mal. veneree*. Vol. XXVI; et *Monats. f. prakt. Dermatol.*, n° 7, 1891.)
100. MICHAÏLOW (N. N.). — Zur Casuistik des Rhinoscleromes (*Med. Obosr.*, n° 5, 1897.)
101. MIKULICZ. — Ueber das Rhinosclerom Hebra (*Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir.*, Bd. XX, p. 485, 1876.)
102. MONNIER (H.). — Contribution à l'étude du sclérome et de son traitement (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, p. 56, 1900.) (*Cl. v. S.*)
103. MORELLI (K.). — I. Ein Fall von Sclerom der Nase und des Gaumens (*Sitzungsber. der Gesells. hauptstaedt. Spitalsaerzte in Budapest*, 12 décembre 1895 : cité d'après RONA.)
 - II. Ein Fall von Rhinosclerom (*ibidem*, mai 1899; Ref. in *Monats. f. Ohrenh.*, n° 3, 1900.)
104. MOSKOVICZ. — Sclerom der Luftwege (Pester med. chirurg. Presse, n° 6, 1892; analysé im Centralblatt f. Laryngol. Bd IX, p. 329.)
105. NAVRATIL V. — I. Lippenplastik bei einem Falle von Rhino-Cheiloplasmom (*Sitzungsber. der Gesells. Ungar. Ohren-und Kehlkopf aerzte*, Budapest, Bd. II, 1897.)
 - II. Rhinoplastik bei Sclerom (*ibidem*, n° 4, 1897.)
 - III. Falle von Chorditis. voc. inf. hypertroph. (*Sitzungsber. der Gesells. d. Ungar. Ohren-und Kehlkopfaerzte*, Budapest, p. 337, 1898.)

- IV. Operirter Fall von Rhinosclerom (*Ibidem*, Bd. V, H. 1, 1899.)
 V. Operirter Fall von Kehlkopfsclerom (*Ibidem*, Bd. VI, H. 1, u. 2, p. 30, 1900.)
106. NEISSER. — Die chronischen Infektionskrankheiten der Haut (Handbuch der speciellen Pathol. von v. ZIESSSEN, Bd. XIV, H. 1.)
 107. NEUMANN. — Lehrbuch d. Hautkrankheiten, p. 566-569, 1880.)
 108. NIEFOROW. — Ueber das Rhinosclerom (*Archiv. f. experim. Pathol. und pharmakol.*, Bd. IV, p. 424, 1888).
 109. PALTAUF et v. EISELSBERG. — Zur Aetiologie des Rhinoscleromes (*Fortschritte der Medicin*, Bd. IV, nos 19 et 20, 1886.)
 110. PALTAUF (R.). — I. Rhinosclerom (*Vortrag in der K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*; *Wiener klin. Woch.*, n° 3, 1890.)
 II. Zur Aetiologie des Scleromes (*Wiener Klin. Woch.*, nos 52 et 53, 1891, nos 1 et 2, 1892).
 111. PAWLON. — Ein Fall von Rhinosclerom der Nase, des Rachens und Oberarmes (*Monats. f. Ohrenh.*, 1888.)
 112. PAWLOWSKY. — I. Ueber die Behandlung des Rhinoscleromes mit « Rhinosclerin » (*Wratsh*, n° 5, 1893, et *Deutsch. med. Woch.*, nos 13 et 14, 1894.)
 II. Etude sur la « rhinosclérine » (Comptes rendus du XII^e Congrès Intern. de Méd., Moscou, 1899, p. 584.)
 113. PAYNE (J. F.) et SEMON (F.). — A case of rhinoscleroma (*Transact. of the Pathol. Soc. of London*, 1885, et *Lancet*, 1885.)
 114. PÉAN. — Opération d'un cas de rhinosclérome (*Acad. de méd. Séance du 22 octobre*, Paris, 1895; analysé in *Centr. f. Lar.*, Bd. XII, p. 323.)
 115. PELLIZZARI (C.). — II rhinoscleroma (*Arch. della Scuola d'anat. patol.*, II, 1883, Florence.)
 116. PICK (Ph.). — I. Sitzungsbericht des Vereines deutsch. Aerzte in Prag, 11. juin 1880 et 26. octobre 1883.
 II. Demonstration von zwei Fallen von Rhinosclerom (*Prager med. Woch.*, n° 7, 1892.)
 III. Ein Fall von Rhinosclerom (Sitzungsbericht des Vereines deutsch. Aerzte in Prag, 22. février 1895, in *Wiener. klin. Woch.*, n° 17, 1895.)
 117. PIENIAZEK. — I. Zur Casuistik der chron. Blenorhoe der oberen Luftwege (*Wiener med. Blätter*, nos 17 et 18, 1878.)
 II. Ueber Sclerom des Rachens, Kehlkopfes, etc. (HEYMANN's Handbuch der Laryngologie, 1898, B. I; 2. Haelfte, Bd. II; 1900, Bd. III, 2 Haelfte)
 III. Bemerkungen zur chirurgischen Behandlung der Trachealstenosen (Ber. des IX^e Congresses poln. Aerzte in Krakau, 1901; analysé in *Wiener. klin. Rundschau*, Bd. XV, n° 1.)
 118. POLYAK (L.). — I. Streitfragen in der Histopathologie des Rhinoscleromes (*Pester. med. chir. Presse*, 1897, Jahrgang XXXIII; und Sitzungsberichte der Ungar. Laryngo-otolog. Gesells., 28 janvier 1897.)
 II. Primaries Larynxsclerom (*Ibidem*, n° 2, 1899.)
 119. POTIQUET. — Annotations du Traité de MOLDENHAUER, sur les maladies des fosses nasales, cité d'après CASTEX.
 120. RAYE (O. C.). — A case of Rhinoscleroma (*Indian. med. gaz.*, Calcutta, Bd. XXIV, p. 119, 1899.)
 121. REINHARD (P.). — Zur Kenntnis der Aetiologie narbiger Verengerungen der pharyngealen Tubenöffnung (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 6, 1900.) (*Cl. v. S.*).

122. RICCHI (F.). — Di un nuovo processo operatorio per la cura del rinoscleroma (*Raccoglitore med.*, vol. XXXVI, p. 104, 1873.)
123. RIEHL. — Ref. in d. Vierteljahresschrift f. Dermatol. u. Syphil., h. I, u. II, p. 175, 1884.
124. ROBERTSON. — I. Rhinoscleroma (*Annual Meeting of the Brit. med. Assoc. Leeds*, août 1889.)
 II. Two cases of rhinoscleroma (*Satellite of the Annual of the universal med. science*, juillet 1890; analysé in *Centr. f. Laryngol.*, p. 70, Bd. XIII.)
125. RÓNA (S.). — Das Vorkommen und die Verbreitung des Rhinoscleromes in Ungarn und die metastatische Erkrankung der regionaeren Lymphdrüsen bei Rhinosclerom (*Arch. f. Dermatol. u. Syphilis*, Bd. XLIX, h. 2, u. 3.)
126. ROSNER. — Rhinoscleroma nasi et palati mollis (*Ber. d. Gesellsch. d. Aerzte*, in Krakau, 15 novembre 1882; *Przegląd Lek.*, n° 6, 1883; cité d'après BAUROWICZ.)
127. RUNDSTRÖM. — Ueber die Behandlung von chronischen Stenosen des Larynx und des oberen Theiles der Trachea (*Hygiea*, 1899; Ref. in *Centr. f. Laryngol.*, Bd. XVI, p. 195, 1900.)
128. RYDIGIER. — Ueber das Rhinosclerom (*Arch. f. klin. Chir.*, avril 1889, Bd. XXXIX; analysé in *Revue de Chirurgie*, octobre 1889.)
129. SALZER. — Rhinoscleroma nasi, palati et laryngis (*Berichte der Billrothschen Klinik*, 1884, *Arch. f. klin. Chir.*, XXXI, p. 859, 1881).
130. SASSE. — Nederl. Tyds. voor Geneesk., n° 12, 1892; analysé in *Centralbl. f. Lar.*, Bd. IX, p. 554, 1892.)
131. SCHEFF. — Zwei Faelle von Larynxstenose (*Demonstration im Wiener aertzl. Vereine*, 29 novembre 1871; *Wiener med. Presse*, n° 51, 1871.)
132. SCHLOFFER. — Vorstellung eines Falles von Rhinosclerom (*Aertzl. Verein*, in Steiermark; *Wiener. klin. Woch.*, n° 31, 1894.)
133. SCHMIEDICKE. — Ueber das Rhinosclerom (*Vierteljahres f. Derm. u. Syphil.*, H. 2, u. 3, p. 257, 1880.)
134. SCHNITZLER. — Atlas der Laryngologie (Tafel VII u. VIII, Vienne, 1895) (Fall von PALTAUF.)
135. SCHÖTZ. — Ein Fall von Rhinosclerom (*Berliner. klin. Woch.*; et *Verhandl. der Berliner. lar. Gesells.*, Bd. IX, H. 2, 1899.)
136. SCHROETTER L. v. — Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen (Braunmüller, éditeur, Vienne, 1876.)
 II. Ueber Chorditis vocalis inferior hypertrophica (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 12, 1878.)
 III. Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre (Braunmüller, éditeur, Vienne, 1892 et 1896.)
 IV. Ein Beitrag zur Kenntnis des Verlaufes des Scleromes der Luftwege (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 5, 1895.)
137. SCHROETTER H. v. — Laryngolog. Mittheilungen Sclerom der Trachea (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 10, 1898.) (*Cl. v. S.*)
138. SCHULTESS. — Ein Fall von Rhinosclerom (*Deutsch. Archiv. f. klin. Med.*, Bd. XLI, H. 1, u. 2, 1887.)
139. SCHWIMMER et BABÈS. — Die Neubildungen der Haut (in v. ZIEMSSENS. *Handbuch der spec. Pathol.*, H. 2, Bd. XIV.)
140. SCIFORSOWSKI. — Ein Fall von Rhinosclerom (*Med. Obosr.*, n° 19, 1894; Ref. in *Centralbl. f. Lar.*, n° 10, p. 699, 1894.)

141. SÉCRÉTAN et STILLING. — Note sur un cas de rhinosclérome (*Rev. méd. de la Suisse romande*, n° 3, 1892.)
142. SÉCRÉTAN. — Le rhinosclérome en Suisse (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 7, 1894.)
143. SOKOLOWSKI. — I. Zur Pathologie der chron. hypertroph. Entzündung des Larynx (*Intern. klin. Rundschau*, n° 19 et 20, 1890.)
 II. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronisch hypertrophischen Kehlkopfentzündung (*Arch. f. Lar.*, Bd. II, 1895, u. Bd. IV, H. 2, 1896.)
144. SREBRENY et BUWID. — Ein Fall von Rhinosclerom (*Nowiny Lek.*, n° 3, 1892; cité d'après BAUROWICZ.)
145. STEPANOW (E. M.). — Ein Fall von Rhinosclerom (*Centbl. f. Bacteriol.*, 1889, in *Monats. f. prakt. Dermatol.*, 1889)
 II. Ueber Einimpfungen von Rhinosclerom auf Thiere (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 1, 1889.)
 III. Ueber das Vorkommen der sogenannten hyalinen Kugeln (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 5, 1891, analysé in *Centr. f. Lar.*, Bd. X, p. 11, 1892.)
 IV. Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Rhinoscleromes (*Med. Obosr.*, n° 18, 1892.)
 V. Zur Aetiologie des Scleromes (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 1, 1893.)
 VI. Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Scleromes (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 7 et 8, 1894.)
146. STOEHR (K.). — Krankheiten der Nase, des Rachens und. des Kehlkopfes (in NOTHNAGEL's spec. Pathol. u. Therap. Bd. XIII, p. 129, 1895.)
147. STOREY. — Rhinoscleroma (*British med. journ.*, 23 avril 1892.)
148. STRAZZA (G.). — Alcuni casi di rinoscleroma della laringe (*Milan*, 1889.) (*Cl. v. S.*)
149. STROGANOFF. — Zur Pathologie der chronischen Blenorrhoe der Schleimhaut der Athmungswege (*Arbeiten der Hospital-Aerzte zu Odessa*, 1881, Lief. IV, cité d'après STEPANOW.)
150. STUKOWENKOW. — I. *Sitzungsber. der Gesells. der Aerzte in Kiew*, 8 novembre 1886.
 II. Drei Falle von Rhinosclerom (*Med. Obosr.*, Bd. XXVIII, n° 20, 1887; analysé in *Centralbl. f. Lar.*, Bd. X, p. 282.)
151. STURMANN (L.). — Ein Fall von Rhinosclerom (*Sitzungsber. der Berliner med. Gesells.*, 7 mars 1900.)
152. TANTURRI. — Un caso di rinoscleroma Hebrae (*Morgagni*, anno XIV, 1872.)
153. TISSIER (P.). — Du rhinosclérome (*Gaz. des hôp.*, 1892.)
154. TOMMASOLI. — Contributo allo studio del rinoscleroma (Bologne, 1884, cité dans *Monats. f. prakt. Dermatol.*, Bd. III, p. 301, 1884.)
155. TROITZKY. — Rhinosclerom (*Med. Obosr.*, 1891; analysé in *Centralbl. f. Lar.*, Bd. VIII, p. 516.)
156. TÜRK. — Klinik der Kehlkopfkrankheiten (Braumüller, éditeur, Vienne, 1863.)
157. VOLTOLINI. — *Monats. f. Ohrenh.*, n° 9, 1878.
158. VYMOLA. — Ein Fall von Rhinosclerom mit Rhinosclerin behandelt. (*Wiener klin. Rundsch.*, n° 31, 1896, et n° 51, 1899; orig. *Casopis Lek.*, p. 417, 1896.)
159. WEIDENFELD. — Demonstration eines Falles von Rhinosclerom der

- Nase und des Nasenrachenraumes (*Wiener. klin. Woch.*, n° 50, 1898.)
160. WEINLECHNER. — Verhandlungen der K. K. Gesells. der Aerzte in Wien, 5 mars 1878 ; *Wiener med. Presse*, n° 45, 1878.)
161. WEISMAYR A. V. — Eine noch nicht beobachtete Complication des Scleromes der Luftwege (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 11, 1896.) (Cl. v. S.)
162. WELANDER. — Ein Fall von Rhinosclerom (Stockholm, 1887, cité d'après WOLKOWITSCH.)
163. WINGRAVE. — Microscopic specimens (Soc. of. lar. of London, 2 décembre 1898 ; in *Centralbl. f. Lar.*, n° 9, 1899.)
164. WOLKOWITSCH (N.). — I. Zur Behandlung des Scleromes (*Vortrag. gehalten in Kiew* ; analysé in *Chir. Centralbl.*, n° 77. p. 645, 1895.)
II. Zur Histologie und parasitaeren Natur des Rhinoscleromes (*Centr. f. die. med. Wissens.*, n° 47, 1886.)
III. Das Rhinosclerom klinische Studie (*Archiv. f. klin. Chir.*, Bd. XXXVIII, n° 2 et 3, 1888 ; analysé. in *Journ. of laryngol*, n° 7, 1889.)
165. ZAGARI. — Ricerche sopra l'etiologia del rinoscleroma (*Giorn. internaz. di scienc. med.*, avril 1889.)
166. ZEISSL. — Demonstration eines Falles von Rhinosclerom (Ber. der. K. K. Gesells. der Aerzte in Wien., 1870.)
167. ZEISSL JUNIOR. — Ein Fall von vereiterndem Rhinosclerome (*Wiener med. Woch.*, n° 22, 1880.)
168. ZEITLIN (M.). — Zur Casuistik des Rhinoscleromes (*Ejnedelnik*, n° 13 et 14, 1897 ; ref. analysé in *Centr. f. Lar.*, Bd. XIII, p. 501.)
169. ZIEGLER. — Lehrbuch der Pathol. Anatomie (9 Aufl. Bd. I, p. 646.)

—

*Supplément ajouté à la Bibliographie après la correction
des épreuves*

- Avant le n° 1 : ALLEN (C. W.) Two cases of rhinoscleroma (*N. Y. Med. Record*, 19 mars 1900).
- Au n° 105 : NAVRATIL (V.). Le traitement opératoire du sclérome (Communication au XIII^e Congrès International de Médecine, section de Laryngologie, Paris, 2-9 août 1900).

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES OTORRHÉES CHRONIQUES, ETC.

Note complémentaire, par **P. J. MINK**, Zwolle (Hollande).

Quelques erreurs qui se sont glissées dans mon article sur le traitement des otorrhées chroniques (voir le n° de janvier des *Annales*) me mettent dans la nécessité de revenir sur ce sujet. En même temps je saisis l'occasion d'y joindre la description d'un appareil, qui me rend depuis quelque temps de très grands services, pour le traitement que j'ai préconisé.

Quant aux inexactitudes, il en est quelques-unes, qui ne concernent pas la partie essentielle de l'article. Ainsi il est évident, que j'ai eu l'intention de dire (page 43) que les parties malades; débarrassées des sécrétions irritantes, reviennent *parfois* aisément à l'état normal.

Par la région restreinte, qui ne se trouve pas à l'abri du liquide instillé (page 44), j'entends la région *circonvoisine* de la perforation.

Il faut répéter le mot « car » à la page 45 : car *aussi*.

Dans la phrase suivante, mon idée est mieux rendue, quand on remplace le mot « lorsque » par *là où*.

La portée d'autres inexactitudes est plus grande. Ainsi je veux recommander expressément contrairement à ce qui est imprimé (page 45), de faire l'insufflation d'emblée *très* forte, parce qu'il s'agit de vaporiser le liquide instillé dans le *ca-théter*.

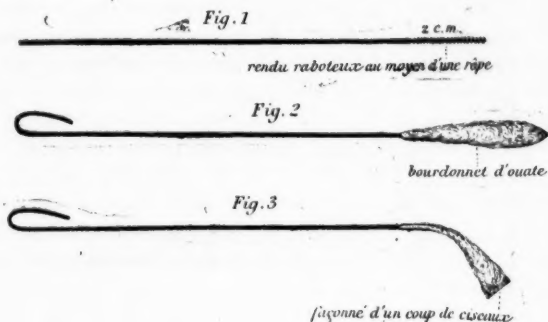
Au bas de la même page (45) on doit lire que l'oreille moyenne peut être débarrassée par le courant d'air de la plus grande partie des sécrétions *libres*, *mais* que l'on ne peut pas

s'attendre à ce que d'autres produits, plus adhérents suivront ce courant d'air.

La phrase disant que l'ulcération atteint l'os à travers le périoste, doit être complétée par la remarque, que l'os, ainsi privé de sa couche nourricière, se mortifie. Ces parties mortes remplissent le rôle de corps étrangers, et causent une hypérémie des parties adjacentes.

A la page 50 on lira au lieu du mot poudre libre, se formant sous l'influence de la lumière, *jodium* libre.

Une omission à la page 52, rend la description de la manière de préparer les fils de cuivre, tout à fait incompréhensible. Les figures ci-jointes peuvent en donner une idée exacte :



Pendant quelque temps j'ai utilisé des fils d'argent, qui peuvent être tenus en réserve, immergés dans une solution antiseptique aqueuse. Mais je suis revenu au cuivre rouge à cause de sa malléabilité plus parfaite. J'ai voulu faire remarquer dans une note, que les fils de cuivre rouge doivent être conservés baignant dans l'alcool, pour garantir leur asepsie parce que le cuivre est influencé chimiquement par l'eau.

Il est indéniable que le traitement des otorrhées chroniques, ainsi que je l'ai exposé, donne beaucoup de peine au médecin. Si on a plusieurs malades à soigner, l'un après l'autre, les mains se fatiguent par la compression répétée du ballon de caoutchouc. J'avais donc raison d'envier l'appareil de Lucæ,

fixé sur une conduite d'eau et fournissant un courant d'air continu. Mais l'installation de cet appareil prend beaucoup de place et est assez coûteuse. C'est pourquoi on le trouve dans d'importantes cliniques otologiques comme celles de Berlin et

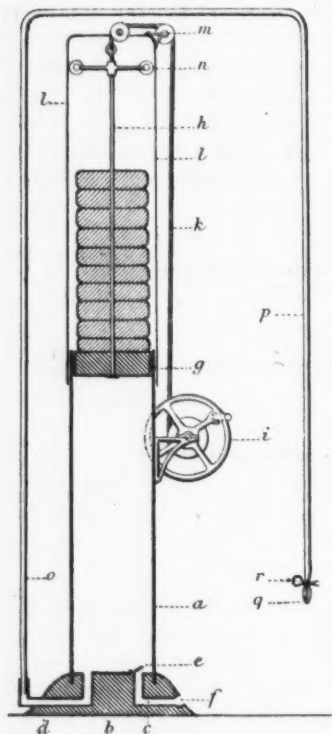
de Halle, mais seulement exceptionnellement dans le cabinet du spécialiste, qui a plutôt besoin d'une installation moins encombrante et plus transportable.

Ces conditions se trouvent admirablement réalisées par un appareil, récemment annoncé, dans les catalogues de quelques fabricants d'instruments. Il est composé d'un grand réservoir métallique, rempli avec de l'air à une certaine pression (jusqu'à 3 atm. environ) au moyen d'une pompe foulante. La pression de l'air en sortant du réservoir peut être réglée.

Quelque temps déjà avant que j'aie eu connaissance de cette invention américaine, j'étudiai la question en collaboration avec le fabricant d'instruments de Zwolle,

M. Olland. Il résulta de cette coopération un instrument, d'une construction bien simple, mais très pratique comme une expérience de quelques mois me l'a enseigné.

Notre appareil n'est autre chose qu'une modification de la soufflerie, en usage dans les orgues.



Un cylindre métallique *a* est enfoncé hermétiquement dans une pièce de bois *b*, qui est perforée par deux conduits *c* et *d*. Une soupape *e* peut fermer le conduit *c* du côté du cylindre, pendant qu'un bourdonnet d'ouate *f* sert à filtrer l'air pénétrant du dehors. Le piston *g* porte une barre de fer *h*, liée au moyen d'une corde *k* au vindas *i*. Cette corde court sur deux petites poulies *m*., fixées à une monture *l. l.*, que supporte le cylindre. Cette monture sert en même temps à assurer la position de la barre du piston, au moyen d'une traverse munie de poulies.

Sur le piston sont empilés des disques de fer qui laissent échapper la force comprimante, quand le piston est levé. Dans l'appareil, que j'ai imaginé, chaque disque fournit une pression de 20 millimètres de mercure. J'ai dix de ces disques à ma disposition, ce qui me suffit, vu que je n'ai pas encore senti le besoin d'une pression dépassant 200 millimètres de mercure.

Le poids total de ces disques doit dépendre du diamètre du cylindre. Pour chaque d. M², que mesure une coupe transversale, 104 kilogrammes donnent, comme on sait, une pression de 760 millimètres de mercure.

En quelques secondes, on peut élever le piston avec le poids, au moyen du vindas. En lâchant alors l'appareil, le piston glisse rapidement dans le cylindre jusqu'à ce que la pression de l'air emprisonné fasse équilibre au poids comprimant. Ensuite on a une quantité d'air d'une pression voulue à sa disposition, pression qui est très aisément réglée par le nombre des disques.

L'appareil dont je me sers ne peut pas contenir plus de 26 d. M³ d'air comprimé, parce que j'ai désiré avoir un petit instrument facile, à manier et se remplissant vite. Mais si l'on croit avantageux d'avoir une plus grande quantité d'air comprimé à la fois à sa disposition, rien ne s'oppose à ce que l'on augmente toutes les proportions de l'appareil. En tout cas je crois que notre appareil l'emporte sur l'invention américaine, au point de vue du travail nécessaire à l'obtention d'une certaine quantité d'air comprimé et aussi en ce qui concerne la rapidité de l'approvisionnement.

Une conduite en métal *o*, munie d'un tube élastique *p*, portant un embout *q*, adaptable au cathéter, nous sert à transporter l'air comprimé du coin de la chambre jusqu'au siège du malade. Un volet *r* suffit pour actionner le courant aérien et l'arrêter à volonté.

Note. — Sur un nouveau modèle j'ai remplacé la corde de l'appareil par un système à engrenage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 23 juin 1899⁽¹⁾

Président : B. FRAENKEL

Secrétaire : P. HEYMANN

1. ROSENBERG au nom de M. Aronsohn offre à la société le buste de son Président qui a été exécuté en l'honneur du dixième anniversaire de la fondation de la Société.

2. SCHOETZ présente : a) un cordonnier de 52 ans qui se badi-geonnait la gorge depuis plus de six ans avec des solutions de nitrate d'argent et a présenté consécutivement des phénomènes d'argyrie intenses. La coloration argentée est surtout prononcée sur la face et les mains. Le malade a subi il y a trois semaines l'opération d'un cancer de la lèvre inférieure.

b) Rhinolithe pesant 8^{gr},7 et mesurant 4^{cm},8 de long excisé de la narine gauche d'un homme de 42 ans, sur lequel douze tentatives d'extraction avaient déjà été effectuées. Le rhinolithe provoquait des vertiges et des maux de tête qui cessèrent aussitôt après son excision.

3. DERENBERG montre une bille ayant séjourné environ sept mois dans le pharynx nasal d'un enfant de 4 ans et demi sans avoir déterminé nul accident au début. En jouant, l'enfant avait avalé trois billes semblables sur lesquelles la mère en avait immédiatement retiré deux. Au mois d'avril l'enfant vint consulter à la clinique rhino-laryngologique de l'Université pour une obstruction nasale, et on l'y opéra de végétations adénoïdes. En se gargarisant après l'opération, l'enfant rejeta la bille qui était enclavée dans la choane.

4. V. ZANDER présente un malade affecté depuis six mois de pa-

(1) D'après la *Berliner Klin. Woch.*, 18 décembre 1899.

ralysie droite du voile palatin, de paralysie récurrentielle (position cadavérique), d'anesthésie laryngée, de paralysie du sterno-cléido-mastoïdien, d'anesthésie de la moitié gauche du voile du palais, de paralysie d'une partie des muscles du larynx, et d'abolition de la sensibilité laryngée. De plus, le malade souffre de troubles de la circulation, de la respiration et de l'estomac. Cette affection est sans doute d'origine médullaire.

Séance du 14 juillet 1899

Président : B. FRAENKEL

Secrétaire : A. ROSENBERG

1. A. ROSENBERG. — **Syphilis tertiaire** chez un homme de 40 ans. — La portion antérieure du revêtement cutané de la cloison nasale manque ; il existe une lacune du septum cartilagineux. Ces deux lacunes sont séparées par une étroite bande de peau qui soutient la partie antérieure de la cloison. Toutefois le dos du nez est légèrement affaissé. Fait rare, la cloison osseuse est intacte.

La luette est absente, la portion postérieure du palais et le voile sont soudés à la paroi pharyngée postérieure mais au milieu il subsiste une fente, aboutissant au naso-pharynx ; cicatrices à la base de la langue.

Le malade vint consulter pour des phénomènes de sténose très accentués. On remarque sur le côté droit de l'épiglotte une tumeur ovoïde lisse, qu'on reconnut pour une gomme et qu'on incisa. A la suite de cette intervention, il se produisit une violente hémorrhagie, toute la région dégonfla et le malade respira bien plus librement. Des doses massives d'iodure accélérèrent la guérison.

2 J. HELLER. — **Sur la syphilis de l'amygdale linguale.** — (Publié *in extenso* dans la *Berliner Klin. Wochens.*)

Séance du 3 novembre 1899 ⁽¹⁾

Président : B. FRAENKEL

Secrétaire : P. HEYMANN

1. ALEXANDER. — a) **Chondrome de la lame du cartilage thyroïde droit**, présenté à la Société par B. Fraenkel en 1894.

b) **Chondrome de la lame du cartilage cricoïde** ayant doublé de volume en l'espace de quatre mois.

c) **Chondrome de la lame du cartilage thyroïde gauche.** — L'auteur a recueilli dans la littérature trente et une observations de tumeurs cartilagineuses du larynx affectant des sujets âgés de 17 à 64 ans. Au point de vue diagnostique, en général la muqueuse laryngienne est indemne mais elle offre un aspect séreux ; les tumeurs sont d'une dureté cartilagineuse et affectent une forme angulaire. Ordinairement il n'existe aucune tuméfaction glandulaire, la progression est lente et l'état général n'est aucunement influencé.

Toutefois ces signes n'ont aucune valeur pour le diagnostic des chondromes de la lame du cartilage thyroïde qui peuvent être confondus : 1° avec le carcinome ventriculaire ; 2° avec une gomme du repli ventriculaire ; 3° avec des cancers laryngiens envahissant le cartilage. L'auteur conclut à l'existence d'un chondrome thyroïdien cartilagineux lorsqu'on reconnaît une tumeur élastique à l'extérieur du cou à la hauteur du cartilage thyroïde et qu'on voit que cette tumeur est soudée intimement à la lame du cartilage thyroïde sans que la muqueuse laryngienne soit lésée.

Au point de vue du pronostic, il est important de différencier l'écchondrose du chondrome. La première est bénigne, tandis que le second est malin et demande à être extirpé radicalement. La radiographie aide au diagnostic de ces tumeurs. Bergmann a opéré avec succès (laryngectomie totale) le malade atteint de chondrome de la lame du cartilage cricoïde présenté à la dernière séance.

(1) D'après la *Berliner Klin. Woch.*, 9 avril 1900.

Séance du 15 décembre 1899

Président : B. FRAENKEL

Secrétaire : P. HEYMANN

1. J. HERZFELD montre une **chaise** servant aux malades pendant l'anesthésie et pouvant s'étendre à volonté.

2. B. FRAENKEL. — **Carcinome de la base de la langue.** — Le malade opéré par le Prof. Gluck succomba rapidement mais on peut voir à la clinique de ce chirurgien un autre sujet ayant subi l'amputation de la langue pour un cancer et qui, malgré tout, parle et avale.

3. J. HERZFELD. — **Tumeur de la glande sublinguale.** — Scrofuleux de 22 ans malade depuis cinq mois. L'affection débuta par une inflammation de la région droite du cou, puis les troubles de la déglutition survinrent au bout de quelques semaines. A l'examen de la cavité buccale, on voit que la langue est légèrement soulevée par une tumeur siégeant sur le plancher de la bouche et revêtue d'une muqueuse normale. Il s'agit sans doute d'un angiosarcome. Des ponctions répétées ont parfois fait sourdre du sang.

4. SCHOETZ. — **Discussion de la communication d'Alexander.** — Sans exagérer les dangers de l'ablation totale je crois que, par crainte de récurrence, il ne faut pas rejeter le traitement local ; toutefois en 1885 j'assistai le Prof. Boecker dans l'opération radicale d'un enchondrome du cartilage cricoïde qui fut suivie d'un succès complet. Le malade aujourd'hui âgé de 76 ans se porte à merveille.

B. FRAENKEL. — Il n'y a plus une énorme différence entre un malade dont on a réséqué partiellement le larynx et qui porte continuellement une canule et un autre soumis à la laryngectomie totale. Pour le malade que j'avais présenté à la société et qui avait subi une résection partielle, il portait toujours sa canule qui le gênait énormément, bien qu'il pût parler, tandis que certains individus privés de leur larynx ne peuvent plus parler mais se portent bien.

F. ne veut pas dire pourtant qu'il faille préférer l'ablation com-

plète à l'intervention partielle. C'est seulement lorsque la lésion s'étendra à la face postérieure du cricoïde qu'il faudra recourir à l'opération radicale. L'extirpation totale avec suture de la trachée à la peau réussira relativement mieux que l'hémi-laryngectomie ou l'ablation étendue des cartilages laryngiens, mais il sera toujours préférable de fendre l'organe et de séparer la tumeur des parties molles. Lorsqu'il faut réséquer des cartilages, on s'expose à des complications comme la pneumonie de déglutition. L'ablation totale est celle qui offre le plus de garanties contre les récidives.

SCHOETZ. — L'avenir des malades soumis à l'extirpation du larynx ne me semble pas aussi brillant que le dit le Prof. Fraenkel qui, malgré tout, accorde la préférence à la résection partielle.

La suture de la trachée ne préserve pas toujours de la pneumonie. Un de mes malades opéré de laryngectomie l'an dernier par Gluck succomba quand même au sixième jour d'une pneumonie.

B. FRAENKEL n'envisage pas sous un jour si attrayant le sort des malades ayant subi l'extirpation totale, mais il ne considère pas leur état comme aussi grave qu'on le croyait autrefois.

5. J. HERZFELD. — **Carcinome épithélial pavimenteux des fosses nasales supérieures** (Publié dans la *Berliner Klin. Wochens.*)

Séance du 26 janvier 1900 (1)

1. FINDER montre une malade affectée d'une **tumeur remplissant toute la fosse nasale droite** et le sinus maxillaire du même côté, à en juger d'après l'examen par l'éclairage. A l'examen microscopique, on reconnut qu'on avait affaire à un carcinome.

Vu l'extension de la tumeur dans le nez, F. croit qu'il s'agit d'un cancer nasal primitif. On remarque autour de la tumeur la présence de nombreux polypes.

Discussion

UNGER a examiné la malade à la clinique de Kuttner et a conclu à un carcinome primitif du sinus maxillaire.

(1) D'après la *Berliner Klin. Woch.*, 24 septembre 1900.

FINDER. — Au point où en est la tumeur, il n'y a pas grand intérêt à discuter son origine, j'ai seulement voulu démontrer la certitude du diagnostic du cancer.

HEYMANN appelle l'attention sur l'existence de polypes accessoires qui sont probablement dus à l'irritation de la muqueuse voisine de la tumeur maligne.

KUTTNER est d'avis que la tumeur vient du sinus maxillaire. La tumeur nasale est relativement petite, tandis que celle du maxillaire est énorme et ronge les os de même que le plancher des fosses nasales.

B. FRAENKEL fait observer que les polypes éclos autour de tumeurs malignes et surtout de sarcomes, peuvent avoir le caractère de polypes muqueux. Mais il arrive que ceux-ci se transforment en tumeurs malignes.

FINDER a été frappé aussi par l'extension de la tumeur dans le sinus maxillaire.

FLATAU demande si on s'est servi des rayons Röntgen pour l'examen ? Ce procédé a servi chez un malade de Meyer pour diagnostiquer l'étendue et l'origine de la lésion.

FRAENKEL. — On a fait l'éclairage mais non la radioscopie.

HERZFELD revient sur le cas dont il a parlé à la précédente séance. Il s'agissait d'un carcinome de la fosse nasale supérieure avec polypes muqueux envahissant les sinus. A ce sujet, H. cite le cas de Bayer se rapportant à une tumeur de la portion nasale postérieure qui de bénigne était devenue maligne.

HEYMANN croit se souvenir que dans le cas de Bayer c'était non la région postérieure mais la partie antérieure qui avait subi la dégénérescence carcinomateuse.

2. HERZFELD. — Pulsation de la paroi pharyngienne postérieure droite sur l'étendue de 1 centimètre de long sur 2/3 de centimètre de large. Le malade ne souffrait pas, sauf qu'il remarquait quelques pulsations dans le pharynx.

Peut-être avait-on affaire à un anévrysme de l'artère pharyngée ascendante, ou à une anomalie vasculaire.

Dans la pratique ce phénomène aurait une certaine importance au cas où le malade serait atteint d'une infiltration suppurante de la paroi pharyngée postérieure, car l'incision pourrait provoquer une hémorrhagie difficile à enrayer.

La pression sur la carotide fait cesser la pulsation.

Discussion

A. ALEXANDER. — Les faits de ce genre s'observent très fréquemment dans nos cliniques, mais il faudrait savoir si ce sont des anomalies vasculaires ou des anévrysmes de l'artère pharyngée ascendante. Les deux hypothèses peuvent se vérifier.

SCHOETZ a également observé de nombreux cas de pulsations.

HERZFELD est surpris que Schœtz et Alexander aient rencontré tant de cas de ce genre. En feuilletant le *Centralblatt* de Semon on en trouve de rares observations et personnellement H. n'en a vu que trois cas certains.

Séance du 23 mars 1900 (1)

Président : B. FRAENKEL

Secrétaire : P. HEYMANN

1. B. LEWY. — **Sur les concrétions hyalines des polypes du nez.** — L'auteur dit que ce sujet a été peu étudié, seuls deux travaux ont paru, l'un de Stepanow dans le *Monats f. Ohrenheilk Bd 25* et l'autre de L. Polyak (*Archives de Fraenkel*, vol. VI).

En général ces concrétions revêtent la forme sphérique, elles peuvent aussi s'agglomérer et présenter l'aspect framboisé; elles se rencontrent dans les tissus et rarement dans les cellules.

Ces concrétions peuvent se colorer par divers procédés. Au premier abord on croit avoir affaire à des parasites. Les premières recherches de Lewy remontent à 1894 et il dit que les concrétions hyalines rencontrées dans la muqueuse nasale des polypes et des hyperplasies du cornet inférieur sont absolument semblables à celles qu'il a trouvées dans la muqueuse stomacale.

Russell a constaté la présence de concrétions analogues chez des cancéreux et Stepanow signale leur existence dans des cas de rhinosclérome.

Souvent ces concrétions sont peu nombreuses, sur une centaine de polypes examinés, l'auteur les a trouvées quatre fois en abondance. Pour les reconnaître, il faut recourir à la méthode de colo-

(1) D'après la *Berliner Klin. Woch.*, 26 novembre 1900.

ration de Russell consistant, après durcissement du polype dans l'alcool, à y pratiquer une coupe que l'on plonge dans la fuchsine phéniquée (solution concentrée de fuchsine dans de l'eau phéniquée à 2 %) pendant une heure, ensuite on la trempe dans l'eau, puis quelque temps dans l'alcool, on la décolore pendant une minute puis on la colore à nouveau avec une solution verte iodée à 1 % dans de l'eau phéniquée à 2 %. Les concrétions apparaissent alors d'un rouge sombre.

Bien que cette question mérite d'être étudiée plus longuement, on peut conclure qu'on trouve toujours des concrétions hyalines dans les polypes du nez et principalement à la surface.

Discussion

BRÜHL. — A la suite de la lecture d'un mémoire de Grossmann signalant la présence de corpuscules de Russell dans la muqueuse de l'antre, j'ai fait de nombreuses recherches sur des polypes de l'oreille par un procédé d'Unna (coloration par l'hématoxyline, la safranine et l'acide picrique) qui donne une coloration rouge tomate aux concrétions hyalines. Lewy ne nous a pas renseignés sur la nature des cellules renfermant les concrétions auxquelles Grossmann assigne une origine leucocytaire, opinion que je partage.

A. ALEXANDER. — On rencontre ces concrétions hyalines dans toutes les tumeurs tant malignes que bénignes, j'en ai trouvé dans des polypes du larynx.

2. G. BRÜHL. — **Nouvelle méthode d'examen anatomique du nez.** — Les préparations de B. ont été exécutées sur des crânes d'hommes et de chiens dont les sinus ont été remplis de métal de Wood. On obtient ainsi d'excellents résultats au point de vue de l'anatomie des sinus, surtout pour l'enseignement.

RÉUNION DES OTOLOGISTES ET PROFESSEURS DE SOURDS-MUETS ALLEMANDS

Münich, 46 septembre 1899 (1).

1. BEZOLD (Münich). — **Le pouvoir auditif des sourds-muets et l'éducation de la parole par l'ouïe.** — L'auteur fait observer que

(1) D'après le compte rendu de A. Gutzmann, in *Mediz Pädag. Monats. f. d. gesam. Sprachheilk.* Octobre-novembre 1899.

certaines sourds-muets conservent des restes d'audition ce qui permet depuis longtemps de leur enseigner à haute voix.

C'est en 1893 qu'Urbantschitsch appliqua, pour la première fois, son système d'exercices acoustiques à l'établissement des sourds-muets de Döbling. Bien que les résultats aient été satisfaisants, on a renoncé à cette méthode qui est seulement usitée à présent à l'Institution privée des sourds-muets israélites à Vienne.

Dans l'historique des tentatives acoustiques pour enseigner la parole aux sourds-muets, B. cite celles que fit au commencement du siècle, Itard, à l'Institution des sourds-muets de Paris, et qui n'eurent pas grand succès : un seul sujet réussit à comprendre des mots par l'audition et apprit à leur donner un sens.

Le but de tous les expérimentateurs depuis Itard jusqu'à Urbantschitsch a été, suivant Bezold, de « tirer le nerf auditif de sa léthargie et de l'animer ».

Urbantschitsch emploie d'abord un harmonica de 6 octaves pour essayer l'audition des enfants sourds-muets.

Bezold a imaginé, pour remplir le même office, une série continue de tons allant du C sous-contral à 16 vibrations doubles, jusqu'aux limites extrêmes des sons de l'oreille humaine. Cette série de tons consiste pour la moitié inférieure de l'échelle des tons en 10 diapasons de dimensions variées servant à toutes les expériences. Pour les tons de l'échelle supérieure, on se sert de 3 tuyaux d'orgue embrassant chacun au moins deux octaves, dans lesquels on souffle avec la bouche.

B. applique son procédé depuis 1893 à l'Institution Centrale des sourds-muets de Munich et s'est convaincu que par les méthodes employées jusqu'alors de nombreux restes d'audition étaient demeurés inaperçus.

L'application de cette méthode est assez délicate ; il faut surtout agir très rapidement afin que l'enfant examiné n'ait pas le temps de remarquer le diapason qu'on va apposer contre son oreille.

Sur 79 sourds-muets examinés, l'auteur n'en a rencontré que 14 ou 18 % absolument sourds ; en 1898, sur 59, il a compté 13 ou 22 % de surdités totales. Chez tous les autres on remarquait encore des vestiges d'audition.

Il faudra aussi rechercher si les troubles auditifs sont d'origine périphérique ou centrale.

B. a tenté également l'éducation des sourds-muets par la parole et il a observé que celle-ci était toujours perçue lorsqu'il subsistait une audition relativement bonne pour l'échelle des tons. Il faut que le pouvoir auditif s'étende du ré bis barré au si barré

deux fois pour que le sourd-muet perçoive des sons par la voie auriculaire. En tout cas on devra se servir de la série continue de tons avant d'aborder l'éducation par l'oreille.

L'éducation des sourds-muets sera complétée par la lecture sur les lèvres.

2. PASSOW (Heidelberg). — **L'utilité de la présence d'un auriste dans les Institutions de sourds-muets.** — Plaidoyer en faveur de la création de services otologiques permettant de reconnaître les lésions organiques et souvent d'éviter une issue fatale.

BIBLIOGRAPHIE

Un contemporain de Daviel. Les œuvres de Pierre François Bénézet Pamard, chirurgien et oculiste (1728-1793), éditées pour la première fois, d'après ses manuscrits, par son arrière petit-fils, le Dr A. PAMARD et le Dr P. PANSIER (Masson et C^{ie} éditeurs, Paris, 1900).

Issu d'une ancienne dynastie médicale dont il est le sixième représentant, notre ami Pamard vient, avec le concours du Dr Pansier, d'Avignon, de publier les œuvres de son ancêtre.

Cet ouvrage, très luxueusement édité et illustré des portraits de cinq membres de la famille Pamard, doit être signalé ici, car il renferme plusieurs figures du ressort de notre spécialité. A la page 56, nous trouvons la reproduction de l'anatomie artificielle de l'oreille exécutée avec une rare perfection par P. F. B. Pamard qui, dès le xviii^e siècle, se révèle comme un précurseur d'Auzoux.

A propos de deux observations de polypes du nez, P. imagina un instrument fort ingénieux figuré à la page 267 de l'ouvrage et qui, par sa construction, peut être regardé comme l'aïeul du serre-nœud actuellement en usage. L'auteur pratiqua ces interventions, exceptionnelles pour l'époque, avec un luxe de précautions que ne désavoueraient pas nos contemporains et le succès couronna ses efforts.

A. G.

La chirurgie et la médecine d'autrefois, par P. HAMONIC (A. MALOINE, éditeur, Paris, 1900).

L'auteur décrit, dans cet intéressant ouvrage, des instruments renfermés dans ses collections et qu'il a dû cataloguer pour les

envoyer à l'Exposition Universelle. Il les présente dans une série de planches photographiques.

Dans une très importante trousse chirurgicale gallo-romaine trouvée près de Péronne, dans la Somme, figurent plusieurs curettes à oreille, reproduites sur la planche 19; celle qui porte le N° 1 était destinée à enlever les bouchons cérumineux, tandis que la seconde (N° 2), mesurant 12 cent. 1/2 de long, servait à extraire les corps étrangers du conduit auditif; formée d'une longue tige de bronze, elle se termine par une petite cuiller absolument semblable à celle des instruments auriculaires modernes; c'est, dit Hamonic, l'auriscalpium des anciens Romains.

Sur la planche 59, nous voyons divers instruments, dont trois abaisse-langue du commencement du xix^e siècle, l'un pourvu d'un cure-oreille et un autre d'une rainure permettant l'opération du filet de la langue, puis un abaisse-langue fenêtré du xvii^e siècle, terminé par un anneau tranchant à l'aide duquel on procédait au nettoyage de la langue dans les maladies infectieuses; cet instrument est représenté dans les ouvrages des xvii^e et xviii^e siècles.

A la fin du volume, H. décrit deux microscopes, l'un du temps de Louis XIII, et l'autre de Louis XV, ce dernier que nous avons admiré au Champ-de-Mars est un véritable objet d'art. A. G.

Comptes rendus du 2^e congrès espagnol d'oto-rhino laryngologie tenu à Barcelone en septembre 1899 (Impr. F. Sanchez, Barcelone 1899).

Nous avons publié, l'an dernier, dans les *Annales*, les comptes rendus détaillés de cette réunion qui nous furent adressés par le Dr Masip, secrétaire général. Nous ne reviendrons pas sur le contenu de ce volume qui compte près de 300 pages et a été édité avec beaucoup de soin. A. G.

Diagnostic otologique à l'usage des médecins et des étudiants, avec remarques thérapeutiques et appendice de diagnostic rhinologique, par R. ESCHWEILER (Vol. de 102 pages avec 41 figures dans le texte, Urban et Schwarzenberg éditeurs, Berlin et Vienne 1901).

Ce volume est constitué par les leçons cliniques professées par l'auteur à la Polyclinique otologique de Bonn, dans lesquelles sont récapitulés les moyens de diagnostic et de traitement des affections auriculaires.

La première partie est consacrée au diagnostic général.

Les différents moyens de diagnostic sont exposés successive-

ment. A signaler le chapitre consacré au diagnostic du siège de la lésion et aux différentes épreuves de l'audition.

L'auteur passe ensuite en revue les affections de l'oreille externe et moyenne. Chaque paragraphe est accompagné d'une notice thérapeutique.

Ce livre forme, en somme, un précis très utile aux débutants dans la clinique otologique.

E. LOMBARD.

Diagnostic et traitement des maladies du nez (rhinoscopie), par J. GAREL (Vol. de 330 pages avec 76 figures dans le texte et 3 planches hors texte, 2^e édition, J. Rueff, éditeur, Paris, 1901).

Notre ami Garel nous offre une seconde édition du volume qu'il a publié en 1896 et dont nous avons alors rendu compte à nos lecteurs.

Le succès qu'il a obtenu auprès du public médical nous dispense de faire son éloge.

Très au courant de la littérature spéciale, l'auteur a enrichi son ouvrage de toutes les découvertes nouvelles et y a inséré des reproductions d'instruments récemment employés.

A. G.

Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrissons, par P. BRUDER (Libr. méd. et scientif. de Rousset, Paris 1901).

L'auteur décrit à nouveau le tableau clinique qui se dégage de l'étude des récentes observations.

En voici le résumé :

Le stridor laryngé congénital des nourrissons débute au moment de la naissance ou peu après. Il se caractérise par un bruit inspiratoire sonore plus ou moins musical appelé stridor, que l'on peut comparer au gloussement d'une poule, au hoquet, au sanglot. Ce bruit est continu, persistant, bien qu'atténué pendant le sommeil, et lorsque l'enfant tète. Son intensité augmente sous l'influence de toutes les causes qui provoquent une augmentation de la fréquence des mouvements respiratoires. Le cri de l'enfant est clair et normal. Il existe une gêne respiratoire le plus souvent modérée, mais pouvant dans quelques cas devenir plus accentuée et s'accompagner de tirage et d'ébauche de cyanose. L'état général de l'enfant est généralement très satisfaisant.

Le stridor disparaît spontanément au bout d'un an ou à la fin de la deuxième année.

Le stridor est produit au niveau du larynx. Il est dû à une malformation laryngée pouvant revêtir deux types :

Dans l'un la malformation est au maximum. L'épiglotte est repliée sur elle-même en dedans, ses bords rapprochés forment une gouttière assez étroite. Les replis aryéno-épiglottiques flasques et minces sont en contact direct et forment une simple fente. En arrière de l'ouverture du vestibule laryngé, il y a donc une sorte de glotte vestibulaire limitée par ces replis anormalement rapprochés qui s'affaissent et vibrent sous l'influence de l'air inspiré.

Dans l'autre type, la malformation est limitée à l'épiglotte qui est enroulée sur elle-même, formant ainsi une anche vibrante dominant le larynx.

Par suite de cet enroulement, les replis aryéno-épiglottiques sont rapprochés dans leur tiers antérieur seulement. Dans ce cas le stridor résulte des vibrations de cette anche résonnant avec le tiers antérieur des ligaments aryéno-épiglottiques.

Cette malformation est congénitale. Elle disparaît lorsque le larynx en se développant devient plus rigide. La disparition de la malformation est accompagnée de la cessation du stridor.

L. EGGER.

ANALYSES

I. — OREILLES

Etude clinique et expérimentale sur un symptôme de l'endomastoidite avec empyème, par O. BARRAGO-CIARELLA (*Bollettino delle mal, dell'orecchio, gola e naso*, n° 8 et 9, 1898).

Très remarquable travail basé sur sept observations et plusieurs expériences sur le cadavre.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans les mastoïdes éburnées la symptomatologie de l'empyème de l'antre peut être nulle ;

2° Dans toutes les endomastoidites avec empyème, quand la membrane tympanique est détruite ou largement perforée, si on nettoie bien la caisse avec la canule intra-tympanique à bec recourbé en haut, et si on observe attentivement, la tête étant en position verticale, on remarque un filet de pus descendant de l'aditus qui glisse sur la paroi postérieure de la caisse, passant en avant de la fenêtre ovale, du sinus tympanique et de la fenêtre

ronde, réunissant ainsi le segment supéro-postérieur de la caisse à son segment inféro-postérieur ;

3° En modifiant la position de la tête on observe des modifications dans le trajet du pus ;

4° Dans les suppurations de l'attique l'écoulement se fait toujours par la paroi externe de la caisse ;

5° Dans les endo-mastôidites avec empyème, alors que les symptômes du côté de l'apophyse et des tissus qui la recouvrent sont absents, le symptôme en question existe et rend possible le diagnostic ;

6° Il est donc nécessaire de rechercher le symptôme de Cozzolino ; lorsqu'il existe, le diagnostic d'empyème de l'autre s'impose.

H. DU F.

Nécrose aiguë de l'apophyse mastoïde et du rocher après la diphthérie scarlatineuse, par HEERMANN (Société physiologique de Kiel, in *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 5 oct. 1899).

L'auteur rapporte plusieurs faits extrêmement intéressants qui démontrent qu'au cours de la diphthérie scarlatineuse il peut survenir une nécrose aiguë de l'apophyse mastoïde et du rocher et qu'il faut intervenir d'urgence, même en l'absence des symptômes de rétention de pus, quand brusquement apparaissent des douleurs rétro-auriculaires accompagnées de fièvre.

GEORGES LAURENS.

Carie étendue du temporal avec phlegmon diffus du cuir chevelu, par BROECKAERT (Société chirurgicale de Brabant, in *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 12 oct. 1899).

Très curieuse observation d'un enfant de 13 ans atteint d'otorrhée droite chez lequel survinrent des complications très intéressantes. Une tuméfaction fluctuante avait envahi toute la voûte crânienne jusqu'au dessous des arcades orbitaires et s'étendait en arrière jusqu'à la partie inférieure de l'occipital. La tête était difforme, le front très élargi, les paupières tuméfiées, pouvant à peine s'entr'ouvrir. La circonférence péri-crânienne était augmentée considérablement et contrastait avec la face amaigrie.

Grande incision derrière l'oreille droite : issue d'un litre de pus fétide, autre incision à la tempe gauche. Le lendemain, ablation à la curette d'une grande partie de l'apophyse mastoïde, noirâtre et spongieuse. Evidement. Nécrose de la paroi postérieure du conduit. Les racines de l'arcade zygomatique étaient cariées. Nou-

velle incision à la tempe droite au-devant de l'oreille, tout l'os temporal était atteint d'inflammation diffuse et un séquestre volumineux représentant une bonne partie de l'écaille du temporal fut enlevé; des fongosités tapissaient à ce niveau la dure-mère qui fut mise à nu. Examen de toute la voûte dont les téguments étaient décollés. Curettage. Tamponnement à la gaze iodoformée. Le soir, disparition de la fièvre. La guérison eut une marche rapide.

GEORGES LAURENS.

Curettage de la caisse et ablation des osselets par la voie antrale dans les suppurations chroniques de l'attique, par MALHERBE (de Paris) (Congrès français de chirurgie, octobre 1899).

L'auteur guérit en douze ou quinze jours des suppurations de l'attique, par un évidement pétro-mastoidien. Il enlève l'enclume seul ou les deux gros osselets, laissant le tympan intact.

GEORGES LAURENS.

Otite tuberculeuse avec saillie dans la cavité crânienne, par OTTO PIFFEL (*Zeitschr. f. Heilkunde*, 1899, vol. XX, p. 471).

Un homme de 55 ans, considéré pendant un an comme atteint de paralysie générale, soigné de ce fait à l'asile d'aliénés de Prague, y meurt sans que l'attention ait jamais été attirée du côté des oreilles. A l'autopsie on trouve de la tuberculose pulmonaire, de l'atrophie cérébrale (paralysie générale) et au niveau du lobe temporal gauche une dépression qui correspond à une tumeur bosselée, assez ferme, qui fait corps avec le rocher. L'examen macro et microscopique montre qu'il s'agit d'une tumeur tuberculeuse du rocher et de la dure-mère, d'une prolifération énorme du tissu tuberculeux en partie caséifié, en partie en voie de transformation fibreuse; l'oreille externe dans sa partie profonde, l'oreille moyenne et le labyrinthe envahis par des granulations, nécrosés et détruits en partie, le sinus sigmoïde et le bulbe de la jugulaire oblitérés par un tissu ferme et adhérent, farci de tubercules; la dure-mère très épaissie, dégénérée et envahie par le tuberculome par sa face externe, avait opposé une barrière suffisante à l'infection tuberculeuse, si bien qu'il n'y avait pas de méningite cérébrale. L'état anatomique de cette forme exceptionnelle de tuberculose de l'oreille est décrit avec les plus grands détails.

M. N. W.

Remarques sur les lésions cérébrales consécutives aux otites moyennes infectieuses, et en particulier sur les symptômes et le traitement opératoire, par B. E. FRYER (*Kansas City med. record.*, août et septembre ; in *Laryngoscope*, novembre 1899).

F. trouve que le meilleur parti à prendre est d'effectuer l'opération de Stacke. En plus des voies habituelles par lesquelles l'infection se propage du tympan au cerveau, l'auteur signale les branches tympaniques de la carotide interne qui, à son avis, jouent souvent un rôle de transmission. Il passe en revue les signes de suppuration épi-durale et sous-durale, y compris la lepto-méningite, l'abcès cérébral, la thrombose du sinus sigmoïdal et l'abcès cérébelleux.

F. conclut que lorsqu'au bout de six mois une otite moyenne chronique suppurée a résisté à tous les traitements médicaux, il faudra opérer radicalement. L'article se termine par une courte description de la technique chirurgicale employée dans les lésions cérébrales otitiques.

Vaste abcès extra-dural consécutif à une otite moyenne aiguë avec mastoïdite remontant à trois ans ; trajet fistuleux apophysaire, large ouverture, évacuation, curettage, drainage. Guérison en quatre semaines, par MOURE (de Bordeaux) (Congrès français de chirurgie, octobre 1899).

Il s'agit d'un malade ayant eu deux ou trois ans auparavant une otite moyenne aiguë suppurée qui sembla tout d'abord se terminer par une mastoïdite. Une incision faite en arrière de l'apophyse mastoïde donna issue à un peu de pus, puis l'oreille fut cicatrisée ainsi que l'apophyse mastoïde et il ne resta plus qu'un trajet fistuleux qui s'arrêtait de temps à autre, en occasionnant, lorsque le pus ne pouvait pas s'écouler, quelques légers maux de tête au malade. Ce dernier, un peu fatigué par moments, avait néanmoins continué ses occupations, il était simplement ennuyé par la présence du trajet fistuleux rétro-mastoïdien dont il était porteur.

A l'opération, une fois les téguments incisés, on trouva au niveau de l'abcès un petit trajet fistuleux contenant des fongosités qui, tout d'abord, paraissaient aller du côté de l'antre mastoïdien, mais bientôt on s'aperçoit que cet orifice communiquait largement avec la cavité crânienne, car à peine l'ouverture fut-elle agrandie qu'une énorme quantité de pus, au moins un demi-verre, s'écoula, sor-

tant par jets isochrones aux battements du poulx. Une fois le foyer vidé, on voyait dans le fond le cerveau refoulé ainsi que la tente du cervelet.

L'ouverture crânienne fut largement agrandie, de manière à pouvoir curetter l'intérieur de l'abcès, puis un drain fut placé dans l'ouverture et les choses allèrent ensuite normalement, car le malade fut guéri sans incident en quatre semaines.

Depuis cette époque, il s'est toujours bien porté.

GEORGES LAURENS.

Trépanation du cerveau pour abcès d'origine otique, par KIRMISSON (*Société de chirurgie*, 8 novembre 1898).

Observation d'un enfant de trois ans opéré d'abord de mastoïdite droite qui, trois mois après son opération, fut atteint de paralysie du bras et de la jambe avec contracture, un peu de paralysie faciale, quelques symptômes méningitiques, mais pas de température. On fit le diagnostic d'abcès cérébral.

Le 11 mars, K. trépana et pratiqua une ponction à la seringue de Pravaz dans le cerveau, dans la direction des zones motrices. Il retira environ 60 grammes de pus contenant des streptocoques. La guérison survint sans incident.

Vers la fin d'août, la plaie était presque cicatrisée, mais il restait des contractures. L'enfant fut soumis au massage, la contracture céda peu à peu et actuellement le petit malade marche très facilement. C'est ce point très intéressant de la récupération des mouvements qui fait l'intérêt de cette observation.

GEORGES LAURENS.

Abcès temporal d'origine otique, par A. BROCA (*Société de chirurgie*, 1899).

Relation intéressante d'un abcès cérébral, compliquant une otite moyenne aiguë et guérissant après drainage par voie mastoïdienne.

Un malade atteint d'otite moyenne aiguë semblant évoluer normalement, quoique avec état vertigineux et céphalalgie intermittente, tomba dans le coma brusquement, sept semaines après le début de l'affection otique. La trépanation mastoïdienne est faite d'urgence. B. trouve un antre petit et renfermant seulement quelques fongosités : de parti pris il met à nu la dure-mère et au niveau du sinus il trouve un abcès du volume d'une noisette.

Tout allait bien, lorsque huit jours après, inappétence, somnolence, apparition de mouvements convulsifs dans les doigts de la main et se généralisant à tout le membre supérieur. Les phénomènes cérébraux augmentent et nécessitent une nouvelle intervention chirurgicale. Cette fois résection de la pointe de l'apophyse, pleine de fongosités. Mise à nu de la dure-mère parsemée de quelques fongosités : elle paraît normale et l'opérateur s'en tient là. Mais la somnolence continue, il se produit de la rétention d'urine, des troubles respiratoires avec rythme de Cheyne-Stokes, du hoquet et finalement le malade tombe dans le coma. Alors, sans anesthésie, ponction d'urgence du lobe temporal, issue d'une cuillerée à soupe de pus ; en quelques minutes tous les symptômes cessent et le malade retrouve sa parfaite connaissance.

L'auteur met en relief les points suivants :

1° Il s'agissait d'un abcès cérébral consécutif à une otite moyenne aiguë, ce qui est rare, aussi la caisse du tympan a-t-elle été respectée opératoirement.

2° Cet abcès a évolué d'une manière remarquablement insidieuse, sans fièvre une fois l'apophyse nettoyée, sans ralentissement du pouls qui, après l'opération, a battu de 64 à 70 et qui, avant l'opération, une seule fois, est descendu à 60. Une fois l'abcès soupçonné l'opération a été faite en deux temps.

Cela prouve une fois de plus que, pour diagnostiquer un abcès cérébral, il faut savoir se contenter de peu, savoir même se passer de la fièvre, de la céphalalgie, de l'absence des battements à la dure-mère. Il suffit quelquefois de constater la somnolence, et la difficulté de la parole avec un léger degré de paraphasie.

3° Chez ce malade, il y eut quelques petites secousses convulsives des doigts : ce fut le seul trouble moteur. Les cas avec hémiplégie par abcès probablement rolandique, sont tout à fait exceptionnels et pour eux il faut évidemment se porter vers le lobe frontal.

GEORGES LAURENS.

Deux cas d'otite moyenne avec complications intra-crâniennes,
par CABEN (*Allg. Aertzl. Verein zu Köln* ; in *Münch. med. Woch.*
26 décembre 1899).

Les grandes espérances fondées sur le progrès du diagnostic des affections cérébrales et la technique opératoire de l'ouverture crânienne ont été déçues au point de vue du traitement des tumeurs crâniennes et de l'épilepsie, tandis que la chirurgie moderne a enregistré des succès étonnants pour les suppurations intra-crâ-

niennes. C. a eu occasion de soigner deux malades de ce genre avec le Dr Moses.

I. Jardinier de 20 ans, reçu le 20 décembre 1898 à l'hôpital, souffrant depuis trois ans d'une otorrhée gauche pour laquelle il a été traité par plusieurs spécialistes. Le 17 décembre il ressentit des douleurs dans la moitié gauche de la tête, des vertiges et des vomissements. A son entrée, température 38,5 ; pouls 80, tuméfaction douloureuse derrière l'oreille gauche. Perforation tympanique étendue. Le malade a une démarche hésitante. Pas d'altérations du fond de l'œil. Le 22 décembre Moses ouvre la mastoïde et débarrasse l'oreille moyenne des masses cholestéatomateuses dont elle est encombrée. Soulagement pendant quelques jours. Vers la deuxième semaine surviennent des frissons, la température atteint 40,5, violente céphalalgie et amaigrissement. Le 8 janvier 1899 la température est retombée à 37, pouls 64.

Bientôt l'aphasie apparaît.

Diagnostic : abcès cérébral.

Intervention le 10 janvier. Incision du bord supérieur du pavillon ; excision d'un os mesurant 4 centimètres de long sur 2 1/2 de haut selon les préceptes de Bergmann. La portion antérieure de la dure-mère est colorée en vert, pas de pulsations, on la fend par une incision en croix. Un flot de pus s'écoule et le doigt pénètre dans une cavité de la dimension d'une pomme d'api à paroi lisse. Introduction d'un drain et arrêt de l'hémorrhagie par un tamponnement.

Les accidents s'amendent rapidement ; le malade se rétablit, la plaie se cicatrise et le malade a pu retourner dans son pays.

II. Jeune fille de 19 ans, admise le 12 mai 1899 ; sourde du côté gauche depuis cinq ans et atteinte d'otorrhée gauche depuis plusieurs mois. Quelques jours auparavant elle ressentit des maux de tête, des vomissements et des frissons.

La malade est très frêle. Température 40,7. Pouls 120. La peau de l'oreille gauche est tuméfiée et sensible à la pression. La tête est penchée à gauche. Pas de manifestations oculaires. Suppuration de l'oreille gauche avec lacune tympanique étendue.

On diagnostiqua une thrombose du sinus avec participation de la jugulaire et on intervint aussitôt. Incision circulaire derrière le pavillon se prolongeant horizontalement. Pas de trace de pus sous le périoste mastoïdien. Après l'ouverture de la corticale amincie on voit sourdre du pus d'un abcès extra-dural. La sonde pénètre en haut, en avant et à l'intérieur dans un sinus s'étendant entre la dure-mère et la pyramide, du côté du tegmen tympani carié.

Grattage du toit de la caisse et évidemment des masses cholestéatomateuses. On dégage ensuite le sinus transverse dans la région postérieure de la plaie : ses parois semblent épaissies : pas de pus ni de thrombus. Hémorragie insignifiante facile à enrayer par le tamponnement. Pour mieux dégager le tegmen on retire une partie de l'écaille du temporal, alors la paroi postérieure du conduit auditif se trouve enlevée jusqu'à l'oreille moyenne et on tamponne la plaie. Incision du cou pour dégager la jugulaire à la hauteur du cartilage thyroïde. Ganglions hypertrophiés. Pas de thrombose. Double ligature et section de la veine.

Le lendemain de l'opération, la température tomba à 36,8. Pouls 80. Convalescence ininterrompue.

En présence des accidents, on peut conclure à une thrombose des sinus.

II. — NEZ ET SINUS

Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales, par P. VIOLET (*Arch. internat. de laryng.*, janv.-fév. 1900).

L'auteur rappelle les différentes opinions émises ces dernières années sur la septicité des fosses nasales, opinions dans lesquelles on a tour à tour soutenu, d'abord une très grande septicité, puis l'absence de microbes dans les fosses nasales. Les travaux actuels concluent nettement à la septicité normale des fosses nasales saines, mais la majorité des auteurs reconnaît que le mucus nasal ne constitue pas un milieu favorable au développement des germes. C'est ce que démontrent les recherches faites par l'auteur, qui a vérifié ces conclusions.

Il s'est efforcé d'expliquer comment le nombre des germes diminue à mesure qu'on pénètre dans l'intimité des fosses nasales, bien que cependant le mucus nasal ne soit pas bactéricide. Sans rechercher leur origine exacte, V. constate dans le mucus nasal un très grand nombre de leucocytes parfaitement vivants, possédant des mouvements amiboïdes actifs, capables donc de se déplacer dans tous les sens, et d'englober des particules de carmin ou des corps microbiens.

A la suite de l'exposé de son mode expérimental, l'auteur insiste sur l'insuffisance du filtre nasal, et conséquemment sur la nécessité d'une antiseptie rigoureuse dans la chirurgie du nez.

L. EGGER.

Documents cliniques : coryza ; polypes nasaux ; extraction suivie d'ethmoidite ; curettage ; guérison, par WILSON-PRÉVOST (*Arch. intern. de laryng.*, sept.-oct. 1899).

Observation intéressante un peu succincte dont le titre indique la marche des accidents.

L. EGGER.

La dissection du naso-pharynx, par M. SCHEIER (*Arch. internat. de laryng.*, sept.-oct. 1899).

L'auteur passe en revue les différentes méthodes employées jusqu'à ce jour. Il en préconise une nouvelle destinée aux cas où l'on veut disséquer uniquement l'espace naso-pharyngien ; avec son procédé on n'enlève pas le couvercle de la boîte crânienne, et l'ablation se fait donc par le cou. Pour la technique de cette dissection, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à l'original.

L. EGGER.

Examen du sang, formule hématologique chez les adénoïdiens, après l'opération, par L. LICHTWITZ et J. SABRAZÈS (*Arch. int. de laryng.*, janv.-fév. 1900).

Dans un précédent article, les mêmes auteurs ont donné la formule hématologique des adénoïdiens, qui était la suivante : Léger degré d'anémie et de leucocytose, augmentation du nombre des leucocytes portant sur les grands mononuclées, sur les lymphocytes (lymphocytose), et à un plus haut point sur les éosinophiles (éosinophilie) ; diminution correspondante du nombre des polynuclées neutrophiles.

Aujourd'hui ils nous donnent la formule hématologique chez les adénoïdiens après l'opération et dans laquelle le sang des adénoïdiens se modifie dans le sens de la formule normale.

L. EGGER.

Extraction des fibromes naso-pharyngiens par les voies naturelles, par ESCAT (*Arch. internat. de laryngol.*, mars-avril 1900).

L'auteur nous démontre que l'extraction des fibromes naso-pharyngiens par les voies naturelles est bien plus souvent praticable qu'on ne le pense et n'est pas plus sujet aux récidives que l'extraction accompagnée de grands délabrements. Il réfute avec justesse les objections faites à la méthode qu'il défend et pense que la raison vraiment capable d'expliquer tout le discrédit jeté

autrefois sur l'extraction des fibromes naso-pharyngiens par les voies naturelles est, sans contredit, l'insuffisance de l'arsenal rhinologique dont nous disposons pour une opération si délicate.

L'auteur s'applique donc dans ce travail à exposer les méthodes simples les plus pratiques.

Un fibrome naso-pharyngien peut, dans la plupart des cas être extrait par les voies naturelles. Ce n'est que lorsque la tumeur a envahi les sinus, l'orbite, l'espace ptérigo-maxillaire et quelquefois le crâne, que l'indication de cette voie est discutable.

Technique de l'extraction par la voie pharyngée sans anesthésie générale. — Après quelques mots sur l'anesthésie locale à la cocaïne, sur la façon d'assurer l'hémostase, l'auteur nous donne le manuel opératoire. Lorsque le fibrome est localisé au pharynx et pédiculé, l'ablation à l'anse galvanique est l'opération de choix. Ici, nombreux détails sur la façon de placer l'anse. Si, au contraire, le fibrome est sessile, c'est l'ablation à la pince coupante qui est indiquée. L'auteur, à cet effet, a fait construire une pince qui présente de grandes analogies avec l'ingénieux instrument de Doyen, mais qui, par la courbure de ses mors et leur peu de largeur, s'insinue plus aisément entre la tumeur et les parois du pharynx.

Technique de l'extraction par la voie pharyngée avec anesthésie générale. — Avec ou sans tubage préalable, dans ce dernier cas le malade étant dans la position de Rose, l'auteur fixe un écarteur des mâchoires construit spécialement à cet effet. Le relèvement du voile est assuré par les moyens habituels.

E. procède alors à la rugination qu'il pratique au moyen de deux curettes spéciales, l'une latérale en forme d'un simple crochet développé dans un plan vertical, mousse et tranchant par ses deux bords, l'autre, rugine transversale, construite dans le but de ruginer la voûte pharyngienne en sens inverse du couteau de Gottstein. Pendant l'opération, la tumeur est saisie avec une pince à griffes puissante. Ce procédé peut être exécuté en quelques minutes.

L'auteur termine en traitant de l'extraction des prolongements nasaux.

D'abord, sans opération préliminaire, au moyen de l'anse galvanique ou de sa pince nasale spéciale ; puis, avec opération intranasale préliminaire, conchectomie. Quant au traitement des récidives il devient simple, à la condition de surveiller le malade à des intervalles pas trop éloignés.

L. EGGER.

Bactériologie des empyèmes des sinus de la face, par STANCULEANU ET BAUP (*Arch. intern. de laryng. rhinol. otol.*, mai-juin 1900).

Cet intéressant mémoire basé sur des observations cliniques et sur des recherches bactériologiques amène les auteurs aux conclusions suivantes :

1° On peut cliniquement et bactériologiquement, distinguer deux variétés d'empyèmes des sinus de la face : l'une à pus fétide, polymicrobien, renfermant surtout des espèces anaérobies et consécutive à des affections d'origine dentaire ; l'autre, d'origine nasale, à pus non fétide, ne renfermant que des espèces banales ; pneumocoque, streptocoque ; exceptionnellement, les auteurs ont trouvé dans un seul cas un peu de perfringens ;

2° L'examen des cavités bucale et nasale confirme entièrement cette façon de voir ; tandis que dans la bouche, les anaérobies pullulent ; dans le nez, au contraire, ils ne les ont rencontrés qu'exceptionnellement ;

3° Injectés aux animaux, les aérobies dans les sinusites d'origine dentaire se sont montrés virulents ; ils paraissent donc, chacun pour leur compte, la cause efficiente de la suppuration sinusale donnant à ces suppurations des caractères variables : pus crémeux fétide, d'une part ; mucopus non fétide, de l'autre.

L. EGGER.

Un cas d'application des rayons X à l'exploration des fosses nasales et des sinus, par MIGNON (*Arch. internat. de laryng.*, juillet-août 1900).

A l'occasion d'une balle de revolver découverte dans le sinus maxillaire d'un malade, l'auteur nous démontre que les rayons X permettent de voir les différentes parties constitutives, annexes et voisines des fosses nasales : Sinus, cornets, pharynx nasal.

L. EGGER.

Remarques sur l'opération de la sinusite frontale, par SUAREZ DE MENDOZA (*Arch. internat. de laryng.*, novembre-décembre 1900.)

L'attention éveillée par une observation clinique que l'auteur rappelle, S. fit des recherches anatomiques dans le but d'étudier les différents cloisonnements possibles des sinus frontaux. Sans parler des cloisons antéro-postérieures et des cloisons incomplètes, l'auteur apporte à la société de laryng. de Paris une pièce vraiment remarquable où l'on voit nettement des deux côtés un sinus supplémentaire, complètement indépendant du sinus normal et possédant un canal naso-frontal propre.

L. EGGER.

Nouveau cas d'empyème frontal se déversant dans le sinus maxillaire, par F. FURET (*Arch. internat. de laryng.*, janvier-février, 1900).

Il s'agit ici d'un cas semblable à celui que le même auteur a déjà publié en 1898. Bien que, dans ce cas, l'éclairage des deux sinus maxillaires fût négatif, le diagnostic, après ponction, était à n'en pas douter un empyème fronto-maxillaire droit. Là aussi, l'opération montra un sinus maxillaire sain ; celui-ci avait donc servi, pendant un assez long temps, de réservoir à la suppuration frontale, sans qu'il se produisit de lésions sérieuses et définitives de la muqueuse.

L. EGGER.

Cancer épithélial primitif du sinus maxillaire, par LICHTWITZ (*Arch. internat. de laryngol. rhinolog. otol.*, juillet-août 1900.)

Observation d'un malade de 81 ans qui se plaignait uniquement d'un écoulement fétide de la narine gauche remontant à quinze jours environ

A l'examen léger gonflement non douloureux au niveau de la fosse canine gauche ; un ganglion sous-maxillaire du volume d'une petite amande ; un polype dans le méat moyen gauche. Un lavage explorateur de l'autre donne issue à un pus sanieux, d'une fétidité particulière. Des parcelles de tumeur retirées par une fistule du rebord alvéolaire se révèlent au microscope comme du cancer épithélial du type carcinome. Des injections d'acide arsénieux dans la cavité amenèrent une amélioration passagère. L'auteur conclut de ce cas que lorsque la tumeur s'est manifestée au malade sous la forme d'un écoulement nasal fétide, bien que cet écoulement ne datât que de quinze jours, toute intervention était déjà presque impossible, abstraction faite naturellement du grand âge du malade.

L. EGGER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMÉRIQUE

Pharynx et Varia.

W. L. Stowell. La diphthérie à domicile dans la classe pauvre. Sept ans de résultats (*N.-Y. méd. journ.*, 4 mai 1895).

L. Stieglitz. Quelques expériences thérapeutiques sur l'alimentation thyroïdienne (*N.-Y. méd. journ.*, 4 mai 1895).

A. P. Ohlmacher. Trois expériences sur des chiens pour déterminer la durée de l'immunité par l'antitoxine diphthérique (*N.-Y. méd. Record*, 18 mai 1895).

A. Campbell White. Expériences cliniques sur le traitement antitoxique de la diphthérie (*Amer. méd. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 18 mai 1895).

H. Koplik. Diphthérie lacunaire de l'amygdale (*Amer. méd. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 18 mars 1895).

S. Lowing. Faux croup (*Amer. méd. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 18 mai 1895).

W. N. Hubbard. Goitre traité par des injections (Soc. of Alumni of Bellevue Hosp.; in *N.-Y. méd. journ.*, 25 mai 1895).

C. C. Barrows. Cas de diphthérie traités par l'antitoxine (Soc. of Alumni of Bellevue Hosp.; in *N.-Y. méd. journ.*, 25 mai 1895).

H. Allen. L'âge et le sexe dans les affections des voies respiratoires supérieures (*Amer. journ. of méd. sciences*, juin 1895).

G. J. C. Larsen. Un cas de diphthérie traité par l'antitoxine de Gibier, préparée selon la formule de Roux (*Saint-Louis méd. and Surg. journ.*, juin 1895).

T. H. Cunningham. Administration du thymus dans le goitre exophtalmique (*N.-Y. méd. Record*, 15 juin 1895).

G. Dock. Goitre dans le Michigan (*Ass. of amer. phys.*; in *N.-Y. méd. Record*, 15 juin 1895).

Foster Godfrey. Amygdalotomie comme moyen de prévenir la diphthérie (*Therap. Gaz.*, 15 juin 1895).

F. H. Williams. Observations sur le diagnostic de la diphthérie. Etude sur son traitement local et quelques cas traités par l'antitoxine (*Amer. journ. of méd. sciences*, juillet et août 1895).

A. W. de Roaldès. Note sur l'antitoxine diphthéritique (*New-Orleans, méd. and Surg. journ.*, juin 1895).

J. B. Stair. Sérum antidiphthéritique (*N.-Y. méd. journ.*, 22 juin 1895).

H. T. Miller. Insuccès de l'extrait thyroïdien dans 1 cas de myxœdème (*N.-Y. méd. Record*, 6 juillet 1895).

P. Fridenberg. Un cas de goitre exophtalmique avec troubles monoculaires et hypertrophie thyroïdienne unilatérale (*N.-Y. méd. Record*, 13 juillet 1895).

E. F. Ingals et H. G. Ohls. Glandes thyroïdes desséchées dans le goitre (17^e Congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, Rochester, 17 juin; *N.-Y. méd. journ.*, 7 septembre 1895).

G. B. Hope. L'amygdalite aiguë est-elle d'origine rhumatismale? (17^e Congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, Rochester, 17 juin; *N.-Y. méd. journ.*, 17 août 1895).

J. W. Farlow. Quelques remarques sur l'amygdalotomie (17^e Congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, Rochester, 18 juin; in *N.-Y. méd. journ.*, 9 novembre 1895).

J. E. Newcomb. Angine de Ludwig (17^e Congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 18 juin; in *N.-Y. méd. journ.*, 23 novembre 1895).

J. Wright. Tuberculose des voies aériennes supérieures (17^e Congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 18 juin; *N.-Y. méd. journ.*, 21 septembre 1895).

J. C. Mulhall. L'habitude de la cigarette (17^e Congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 19 juin; *N.-Y. méd. journ.*, 30 novembre 1895).

L. M. Bergen. Observations de diphthérie traitée par l'antitoxine dans la clientèle particulière (*N.-Y. méd. journ.*, 3 août 1895).

E. Lanphear. Deux cas de sarcome de l'amygdale. Mort par ligature de la carotide dans 1 cas; récidence et mort dans le second cas (*N.-Y. méd. journ.*, 3 août 1895).

J. P. Klingensmith. Valeur curative de l'antitoxine (*N.-Y. méd. Record*, 10 août 1895).

J. Ewing. Les leucocytoses de la diphthérie sous l'influence de la sérothérapie (*N.-Y. méd. journ.*, 10 août 1895).

G. Bacon. Un cas de sarcome du cou envahissant l'amygdale et causant la surdité chez un enfant de 7 ans (*N.-Y. méd. journ.*, 31 août 1895).

A. S. Ashmead. Note sur l'étiologie et le traitement naturel du goitre (*N.-Y. méd. journ.*, 24 août 1895).

E. K. Dunham. Sarcome de la langue à larges cellules rondes (*Amer. journ. of méd. sciences*, septembre 1895).

H. Allen. Corps étrangers de l'œsophage considérés surtout au point de vue de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique (*N.-Y. méd. journ.*, 17 août 1895).

D. B. Delavan. Influence des affections chroniques de la gorge sur certaines anomalies de la parole et surtout sur le bégaiement (*N.-Y. méd. journ.*, 21 septembre 1895).

H. B. Hitz. Observation de chancre de l'amygdale (*N.-Y. méd. Record*, 28 septembre 1895).

D. B. Sprecher. Succès de l'antitoxine diphthéritique dans la pratique de campagne (*N.-Y. méd. Record*, 28 septembre 1895).

W. H. Park. Etudes récentes sur la diphthérie et la pseudo-diphthérie (*N.-Y. state méd. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 26 octobre 1895).

H. M. Silver. Corps étrangers de l'œsophage (*N.-Y. state méd. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 26 octobre 1895).

W. W. Seymour. Excision totale de la langue par la méthode de Kocher. Guérison (*N.-Y. méd. Record*, 19 octobre 1895).

C. B. Fitz Patrick. Note préliminaire sur l'emploi du phénol comme préservatif de l'antitoxine diphthéritique (*N.-Y. méd. Record*, 19 octobre 1895).

C. C. Rice. Diagnostic de la tuberculose des voies aériennes supérieures (*N.-Y. méd. journ.*, 19 octobre 1895).

Beverley Robinson. Etiologie et traitement de certaines formes de toux (*Amer. journ. of the méd. sciences*, novembre 1895).

E. L. Munson. Le goitre chez les Indiens des Etats-Unis (*N.-Y. méd. journ.*, 26 octobre 1895).

V. H. Hulen. Observation de 1 cas d'angiome caverneux de la langue (*N.-Y. méd. journ.*, 26 octobre 1895).

J. H. Bradshaw. Un cas de thyroïdite aiguë (*N.-Y. méd. journ.*, 2 novembre 1895).

F. Peterson. Malformations de la voûte palatine chez les dégénérés (*N.-Y. Neurol. soc.*, 23 novembre 1895).

F. B. Turck. Affections de la bouche, du nez et de la gorge comme facteurs étiologiques des gastriques glandulaires chroniques, avec études bactériologiques sur la voûte pharyngée (*N.-Y. méd. journ.*, 23 novembre 1895).

F. H. Bosworth. Relation des troubles vaso-moteurs avec les

affections des voies aériennes supérieures (*N.-Y. méd. journ.*, 23 novembre 1895).

Bunce. Amygdalite contagieuse (*Philadelphia Polyclinic*, septembre 1895).

C. E. Sajous. Annual of the Universal medical sciences (5 volumes, The F. A. Davis Co, Philadelphie, New-York, Chicago, 1895).

L. Fischer. Note sur l'extension de l'emploi de l'antitoxine diphthérique. Résumé d'une année d'expérience. Indications et contre indications avec quelques réflexions sur son application (*N.-Y. méd. journ.*, 30 novembre 1895).

W. V. Gage. Cas de diphthérie traitée par l'antitoxine (*N.-Y. méd. Record*, 7 décembre 1895).

A. T. Veeder. Amygdalotome modifié (*N.-Y. méd. journ.*, 21 décembre 1895).

L. N. Damon. Diagnostic bactériologique de la diphthérie (*N.-Y. méd. Record*, 4 janvier 1896).

S. Kohn. Examen digital dans le diagnostic et le traitement des affections de la gorge et du nez (Soc. of the Alumni of Charity Hosp.; in *N.-Y. méd. journ.*, 11 janvier 1896).

Mc Burney. Carcinome lingual; opération de Kocher (*Pract. soc. of New-York*, 6 décembre 1894; *N.-Y. méd. Record*, 25 janvier 1896).

C. Mc. Burney. Cancer de l'amygdale n'ayant pas récidivé trois ans après l'opération (*Pract. soc. of New-York*; in *N.-Y. méd. Record*, 8 février 1896).

J. E. Kelly. Septicémie consécutive à la diphthérie. Traitement par l'antitoxine streptococcique. Guérison (*N.-Y. méd. journ.*, 22 février 1896).

R. R. Shurly. Sérum anti-diphthérique et solution de Loeffler; vingt-six observations (*Therap. Gaz.*, 15 février 1896).

B. Douglass. Couteau pour les adhérences tonsillaires (*N.-Y. méd. Record*, 29 février 1896).

W. F. Chappell. Observations de 3 cas de xérostomie ou bouche sèche (*N.-Y. méd. journ.*, 29 février 1896).

Cheves Bevell. Antitoxine diphthérique (*Saint-Louis méd. and Surg. journ.*, mars 1896).

VARIÉTÉ

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A LA MÉMOIRE DU PROF. CHARLES DELSTANCHE A BRUXELLES

20 janvier.

Les otologistes Belges voulant honorer la mémoire de Charles Delstanche, professeur agrégé à la Faculté de Bruxelles, mort l'an

dernier, ont nommé un comité d'organisation composé de : MM. les D^{rs} Capart président, Coosemans, Delsaux, Gaspard, Hennebert, Labarre, Lafosse, Lecocq et Rousseaux.

L'inauguration du buste, œuvre du sculpteur de Rudder, a eu lieu le dimanche 20 janvier à onze heures dans la clinique otologique de l'hôpital Saint-Jean.

L'Assemblée fort nombreuse comprenait outre la famille du regretté professeur, des membres du Conseil d'administration des Hospices, et la plupart des médecins otologistes belges ainsi que quelques confrères étrangers.

Le D^r Capart ouvrit la séance, et prononça un éloge ému de son compatriote et ami.

Le D^r Ménière prit ensuite la parole au nom des otologistes Français. Vinrent après, les discours de MM. Delsaux, Coosemans, Gevaert et Eloy.

Enfin M. A. Delstanche aîné remercia avec une effusion cordiale les amis et les confrères de son père, qui avaient tenu à honneur de montrer quelle estime profonde on avait pour la mémoire de Charles Delstanche.

Voici le discours de M. Ménière.

C'est un grand honneur pour moi, vétéran de l'otologie française, d'être chargé de prendre la parole au nom des confrères étrangers, à l'inauguration du monument élevé par les médecins Belges à la mémoire de Charles Delstanche.

Cette touchante cérémonie me fait éprouver un double sentiment de tristesse et de joie; sentiment de tristesse sincère, en pensant à la mort de cet ami si bon, si simple, si dévoué, disparaissant alors qu'il pouvait faire encore tant de bien.

Nos deux pères s'étaient connus à l'aube nouvelle de l'Otologie. Les deux fils, se vouant à la même carrière, devaient se connaître un jour !

Nous nous sommes retrouvés aux Congrès otologiques d'Amsterdam, de Milan, de Londres, de Bâle et de Bruxelles, réunions scientifiques et cordiales, qui ont grandement aidé à l'essor de notre spécialité.

Qui ne se rappelle le Congrès de Bruxelles dont Charles Delstanche fut le très aimable président ? Comme il était heureux

de voir, groupés autour de lui, les Otologistes du monde entier, qui reçurent, en Belgique, un accueil si fraternel.

C'est dans ces circonstances diverses que j'ai pu apprécier, comme elles le méritaient, les qualités charmantes de cet excellent ami, et je garderai le souvenir des relations affectueuses que le temps et l'éloignement n'ont jamais modifiées!

En ce moment, ma tristesse s'atténue et fait place à un sentiment de joie et de bonheur, en voyant que cet homme de science et de mérite a son buste au milieu de la Clinique qu'il a fondée et qu'il dirigeait avec une ardeur infatigable, passant là, le meilleur de son temps, sans jamais épargner ni ses soins ni sa peine.

Les pauvres qu'il a guéris, et qui sont légion, ne pouvaient apporter leur obole à l'œuvre commune; mais, il en est beaucoup, j'en suis sûr, qui entrant à la clinique et revoyant cette figure douce et souriante, se souviendront de ce qu'il a fait pour eux, et ne pourront retenir leurs larmes.

Quel plus touchant éloge peut-on faire de Delstanche?

Une nation s'honore toujours, en honorant ses enfants morts, lorsque ceux-ci ont bien mérité de la Patrie par leur science et leur humanité!

Et qui, plus que le médecin est digne d'être honoré pour son dévouement charitable? Qui, plus que lui donne son temps, son labeur et parfois sa vie, sans que la foule indifférente, semble même se douter du sacrifice!

Et le praticien, lui, va toujours son chemin, modeste et courageux, jusqu'à ce qu'il tombe épuisé, ayant toutefois, au fond de sa conscience, la satisfaction intime d'avoir fait ici-bas quelque bien!

Les malheureux soignés et secourus, ne pouvant témoigner toute leur reconnaissance au bienfaiteur disparu, gardent au fond de leur cœur le souvenir de ses constantes bontés.

La famille de Charles Delstanche après la cruelle douleur de la séparation dernière, doit ressentir un légitime orgueil en contemplant le buste élevé à la mémoire de son chef, par ses compatriotes, ses collègues et ses amis.

D'autres se chargent d'énumérer et de louer les travaux scientifiques du savant professeur.

J'ai voulu simplement mettre en relief la personnalité sympathique de Delstanche, les services qu'il a rendus, et la reconnaissance de son pays.

Son âme envolée loin de nous doit éprouver aujourd'hui de bien douces émotions, en voyant à travers les espaces infinis, quels souvenirs affectueux il a laissés dans le cœur de ceux qui l'ont connu !

NOUVELLES

Dans sa séance du 15 février, l'*Académie Royale de médecine et chirurgie de Barcelone* a décerné, par un vote unanime, le titre de membre correspondant au D^r GOUGUENHEIM.

Par suite de la démission de M. COYNE, médecin en chef de l'Institution nationale des sourdes-muettes de Bordeaux, MM. MONTALIER et PÉCHAUD ont été nommés, le premier, médecin titulaire le second, chirurgien titulaire. M. A. GUÉRIN a été nommé médecin adjoint, et M. A. GUERMENT, médecin consultant spécialiste pour les maladies de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles.

Nous lisons dans la *Münchener med. Wochenschrift*, que la succession du Prof. KUHN, à Strasbourg, a été offerte au Prof. KOERNER, directeur de la Clinique oto-laryngologique de l'Université de Rostock, qui l'a refusée.

Prix de la Faculté de Médecine de Paris.

Prix Barbier (2000 fr.). Sur ce prix, 700 fr. ont été attribués au D^r MARAGE (de Paris).

L'*Association laryngologique américaine* tiendra sa session annuelle à New-Haven, Conn., au mois de mai 1901, sous la présidence du D^r H. L. SWAIN (New-Haven), secrétaire : D^r J. E. NEWCOMB, 118 West 69 th. street, New-York.

La *Société américaine de laryngologie, rhinologie et otologie* se réunira à New-York, sous la présidence du D^r R. C. MYLES, 46 West 38 th street, New-York ; secrétaire, W. C. PHILLIPS, 350 Madison Ave., New-York.

La réunion annuelle de la *Société d'otologie américaine* aura lieu à New-London, Conn., le 16 juillet 1901, sous la présidence du D^r H. G. MILLER (Providence, R. J.) ; secrétaire, F. L. JACK, 215 Beacon street (Boston).

L'*Association ophtalmologique et oto-laryngologique de l'Ouest* tiendra sa session annuelle à Cincinnati, les 11 et 12 avril 1901, sous

la présidence du Dr GOLDSTEIN (St-Louis, Mo); secrétaire, W. L. BALLINGER, 100 State street, Chicago.

Le *New-York medical Record* annonce la nomination du Dr S. OPPENHEIMER, comme auriste et laryngologiste consultant, à la *Société israélienne Sheltering Guardian*, à New-York.

Nous lisons dans les *Archives of Otology*, que la *New-York Eye and Ear Infirmary* a reçu, d'un de ses vice-présidents, un don de 75000 dollars pour la construction d'un pavillon réservé au service otologique.

En novembre 1900, il a été organisé, à l'Académie de Médecine de New-York, une section d'otologie présidée par J. F. Mc KERNON et ayant le Dr R. C. MYLES pour secrétaire. La première séance a eu lieu le 12 décembre et les comptes rendus seront publiés dans les *Archives of Otology*.

Le Dr T. DELLA VEDOVA a été nommé docteur libre d'oto-rhino-laryngologie à l'Université Royale de Gènes.

Le *New-York medical record* annonce que les bâtiments de East 12 th street, occupés par l'Institut ophtalmologique et otologique de New-York, viennent d'être offerts à l'institution par le Dr HERMANN KNAFF qui, pendant de longues années, a été chirurgien de l'hôpital et du dispensaire.

Le Dr H. CUVILLIER, chargé de la Clinique oto-rhino-laryngologique dans le service du Prof. GRANCHER, à l'hôpital des Enfants Malades, a été nommé chevalier de la Légion d'Honneur.

Un nouveau journal spécial vient d'être fondé à Espagne. Il est intitulé : *Boletín de Laringología, Otología y Rinología* et paraîtra tous les deux mois, à Madrid, sous la direction du Dr J. CISNEROS.

Le Prof. V. URBANTSCHITSCH, de Vienne, a remplacé feu le Prof. J. GAUBER, comme membre du Comité de Publication de *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*.

La *Société anatomique de Paris* a décerné une partie du *Prix Goudard* à MM. M. Labbé et Ch. Lévi-Sirugue, pour leurs recherches sur la structure des amygdales.

La réunion annuelle de la *Société française d'otologie et laryngologie*, aura lieu, le mercredi 1^{er} mai, à 8 heures du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes. Les rapports à l'ordre du jour sont :

1^o Des sinusites sphénoïdales, par FURET.

2^o De l'hydrorrhée nasale, par MOLINIÉ.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

Réunion du 28 janvier 1901.

Le 26 janvier 1901 a eu lieu la réunion de l'Association Médicale, sous la présidence de M. le Dr LABORDE, Syndic. Trente-trois personnes y assistaient.

1^o Membres honoraires. — A été nommé Membre honoraire de l'As-

sociation : M. le Dr LEBLOND, ancien Rédacteur en Chef des *Annales de Gynécologie*.

2° *Candidatures*. — M. le Dr OLIVIER est nommé Rapporteur de la candidature de M. WURTZ, Rédacteur délégué des *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, en remplacement de M. JOFFROY.

3° *Rapports*. — La discussion des Rapports sur les candidatures à l'ordre du jour de la dernière séance, a été renvoyée à la réunion prochaine.

4° *Modifications des Statuts*. — A l'ordre du jour de l'Assemblée de mai 1901 sera inscrite la mission ci dessous : Modifications des Statuts.

5° *Election des Syndics*. — Les Syndics sortants sont réélus par acclamation.

Le Secrétaire général,
MARCEL BAUDOUIN.

HOPITAL SAINT-JOSEPH

Concours pour une place d'interne dans le service oreilles, nez, larynx.

Dans les premiers jours de juillet prochain (consulter les affiches ultérieures et la direction de l'hôpital, 7, rue Pierre Larousse), en même temps que le concours pour l'internat général de l'hôpital (médecine et chirurgie), un concours spécial s'ouvrira pour une place d'interne dans le service oreilles, nez, larynx.

Pièces à fournir :

Un extrait du casier judiciaire et de bonnes références ;

La feuille d'inscriptions (15 inscriptions) ;

L'indication des hôpitaux, services ou cliniques où le candidat a travaillé.

Epreuves.

1° Une épreuve écrite théorique sur un sujet d'anatomie et de pathologie pour la rédaction de laquelle il est accordé 2 heures (30 points).

2° Une épreuve orale théorique sur un sujet d'anatomie et de pathologie pour laquelle il est accordé 10 minutes, après 10 minutes de préparation sans livres ni notes (20 points).

3° Une épreuve pratique. — Observation médicale écrite prise sur un malade (30 points).

Ces épreuves théoriques et pratiques pour les candidats à la place d'interne dans le service oreilles, nez, larynx, porteront exclusivement sur des sujets concernant cette spécialité.

Extrait du règlement de l'hôpital concernant les internes.

... Les internes titulaires sont nommés pour deux ans...

... Ils reçoivent un traitement annuel de 600 francs et une indemnité de logement de 500 francs ; ils prennent à l'hôpital le déjeuner du matin et le repas de midi...

... L'interne de garde couche à l'hôpital et y prend le repas du soir...

... Les internes entrent en fonctions le 1^{er} octobre.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER, POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodes Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Sitzungsberichte des Wiener Laryngologische Gesellschaft (Comptes rendus des séances de la Société viennoise de laryngologie en 1900, W. Braumüller, éditeur, Vienne et Leipzig, 1901).

Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx, naso-pharynx, oto-pharynx, laryngo-pharynx, par E. ESCAT, avec une préface de LUBET BARBON (In-8° raisin de 576 p. avec 150 figures, prix 16 fr. G. Carré et Naud, éditeurs, Paris, 1901).

Diagnostic et traitement des maladies du nez. Rhinoscopie, par J. GAREL (Vol. de 330 p. avec 76 figures dans le texte et 3 planches hors texte, J. Rueff, éditeur, Paris, 1901).

Les rayons de Röntgen et le diagnostic des affections thoraciques, par A. BÉCLÈRE (Broch. de 58 p. F. Alcan, éditeur, Paris, 1901).

Atlas der Nasenkrankheiten (Atlas des maladies du nez), par R. KRIEG (fasc. 3 et 4, prix 6 mk. chaque. F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1901).

Frontal headaches, apparently ocular, but really of nasal origin; their recognition and treatment (Céphalées frontales d'apparence oculaire, mais réellement d'origine nasale; diagnostic et traitement, par A. E. EWING. — On the nasal conditions found in these cases; with especial reference to an abnormal relation of the uncinate process of the ethmoid to the bulla of the ethmoid (Sur l'état du nez dans les cas de ce genre; et en particulier sur une relation anormale du processus incurvé de l'ethmoïde vis-à-vis de la bulle ethmoïdale), par G. SLUDER (Extrait des *Transactions of the Amer. ophthalm. soc.*, 36^e session annuelle, Washington, 2 mai 1900).

Per ché i neoplasmî benigni sono di preferenza impiantati sulla metà anteriore delle corde vocali e della regione ipoglottica (Pourquoi les néoplasmes bénins sont de préférence implantés sur la moitié antérieure des cordes vocales et de la région hypoglottique, par G. FERRERI (Extrait de l'*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, vol. X, fasc. 4, 1900.)

Ein neuer Gaumenhaken (Nouveau crochet palatin), par J. MÖLLER (Tiré à part du *Monats. f. Ohrenh.*, n° 6, 1899).

I. Nogle Bemaerkninger om Perichondritis serosa auriculæ (Nouvelles remarques sur la péricondrite séreuse auriculaire). — II. Tonye Tilfaelde af Perichondritis serosa auriculæ (Deux nouveaux cas de péricondrite séreuse auriculaire). — III. Nogle Tilfaelde af otogen pyæmi (Nouvelles observations de pyémie otogène), par J. MÖLLER (Extrait des *Hospitalstidende*, nos 8 et 52, 1899).

I. Ein Fall von labyrinthärer Angioneurose, von Auftreten des Ménière'schen Symptomen complexen begleitet (Un cas d'angionévrose labyrinthique suivi de l'apparition de l'ensemble des symptômes de Ménière). — II. Ergebnisse einiger Funktionsuntersuchungen bei acuten Erkrankungen des Mittelohres und des Gehörganges (Résultats de quelques examens fonctionnels au cours d'affections aiguës de l'oreille moyenne et du conduit auditif), par J. MÖLLER (Tirés à part de l'*Archiv. f. Ohrenh.*).

L'examen du médiastin par la radioscopie et la radiographie, par M. MASON (Comm. au Congrès Intern. d'Electrol. et Radiol. méd., Paris, 1900 et Extraits de *Ann. d'Electrobiol.*, d'*Electrothét.* et d'*electro-diagnostic*, septembre-octobre 1900).

Dentigenous cysts (Kystes dentigènes), par F. C. CORB (Extrait du *Laryngoscope*, décembre 1900).

Undersøgelser over den komparative anatomi af Larynxmuskulaturen (Recherches sur l'anatomie comparée des muscles du larynx), par J. MÖLLER (Un vol. de 170 p. avec 129 figures, reproduites sur 6 planches, J. Frimodts, éditeur, Copenhague, 1901).

Congrès International pour l'étude des questions d'Education et d'Assistance des Sourds-Muets, tenu les 6, 7 et 8 août 1900, au Palais des Congrès de l'Exposition. Compte rendu des travaux de la section des entendants, publié par LADREIT DE LACHARRIÈRE, président; BAGUER, vice-président; MARTHA, secrétaire général; LEGAY et M^{me} RENARD, secrétaires; SAINT-ILHAIRE, trésorier (Broch. de 320 p. Imprimerie d'ouvriers sourds-muets, Villa d'Alésia, Paris, 1900).

Transactions of the Otological Society of the United Kingdom (Comptes rendus de la Société otologique du Royaume-Uni), vol. I, 1^{re} session, 1899-1900, publié par CH. A. BALLANCE et A. H. CHEATLE (Un vol. de 74 p. cartonné à l'anglaise, J. et A. Churchill, éditeurs, Londres, 1900).

Sitzungsberichte der Gesellschaft der Ungarischen Ohren und Kehlkopfärzte (Procès verbaux des séances de la Société des Auristes et Laryngologistes hongrois), publiés par L. POLYAK (Budapest, 1900).

The non-myxomatous character of nasal polypi (Le caractère non-myxomateux des polypes du nez), par J. WRIGHT (Extrait du *N. Y. Med. Rec.*, 26 janvier 1901).

Problems in the etiology, diagnosis and treatment of tuberculous disease of the upper air passages (Problèmes sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la tuberculose des voies aériennes supérieures), par J. WRIGHT (Extrait du *Med. News*, 19 janvier 1901).

Polypes dermoïdes du pharynx, par V. TEXIER (Extrait de la *Prusse méd.*, 19 déc. 1900).

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

